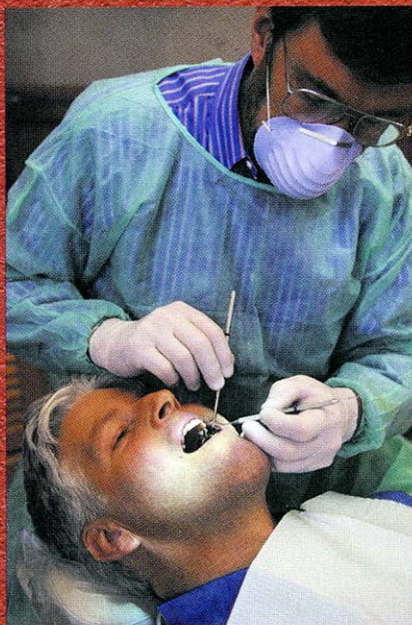




М. М. СОЛОВЬЕВ, Г. М. СЕМЕНОВ,
Д. В. ГАЛЕЦКИЙ

Оперативное лечение одонтогенных КИСТ



РУКОВОДСТВО

<http://www.speclit.spb.ru>

СПЕЦИЛИТ

УДК 611 616.3 617
С60

Авторы:

Соловьев Михаил Михайлович — заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор

Семенов Геннадий Михайлович — заведующий кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор

Галецкий Дмитрий Владиславович — преподаватель кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Соловьев М. М., Семенов Г. М., Галецкий Д. В.
С60 Оперативное лечение одонтогенных кист,— СПб.: СпецЛит, 2004 - 127 е.: ил - ISBN 5-299-00262-9

Одонтогенные кисты относятся к часто встречающимся заболеваниям, нередко приводящим к развитию серьезных осложнений. Для их лечения необходим комплексный оперативно-хирургический подход. Сложность оперативного лечения данной патологии определяется многообразием клинических ситуаций, требующих индивидуального подхода к выбору оптимального метода оперативного вмешательства.

Пособие предназначено для студентов старших курсов медицинских вузов и хирургов-стоматологов.

УДК 611 616.3 617

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Предисловие</i>	5
Глава 1. МЕХАНИЗМ РОСТА ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ	7
Глава 2. КЛАССИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ	9
Глава 3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ	11
Фолликулярные кисты	18
Радикулярные (околокорневые) кисты	20
Резидуальные кисты.	21
Кератинизирующие и кальцифицирующие кисты.	22
Примордиальные кисты	22
Глава 4. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ОПЕРАЦИИ.	23
Рентгенологическое обследование.	23
Компьютерная томография.	25
Электроодонтодиагностика.	28
Цитологическое исследование.	28
Эндодонтическая подготовка больного	28
Ортопедическая подготовка больного	30
Антибактериальная терапия	30
Глава 5. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ	32
Операции на верхней челюсти.	32
Операции на нижней челюсти.	35
Глава 6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТАХ ЧЕЛЮСТЕЙ	36
Резекция верхушки корня зуба	36
Ампутация корня зуба	37
Ретроградная пломбировка канала корня зуба	37
Гемисекция зуба	41
Иссечение свищевого хода	42
Глава 7. ИНСТРУМЕНТЫ И МАТЕРИАЛЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ	44
Глава 8. СОВРЕМЕННЫЕ АНЕСТЕТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ	50
Добавки к местным анестетикам	54

Глава 9.	ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ	57
	Основные этапы операции	57
	Топографо-анатомические особенности	57
Глава 10.	ЦИСТОТОМИЯ	61
Глава 11.	ЦИСТЭКТОМИЯ (операция Partsch-II)	64
Глава 12.	ЦИСТОСТОМИЯ (операция Partsch-I)	76
Глава 13.	ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КИСТЫ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	85
Глава 14.	ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КИСТАХ, «ВРАСТАЮЩИХ» В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ, – ЦИСТОСИНУСОСТОМИЯ (-ЭКТОМИЯ)	88
Глава 15.	ОСОБЕННОСТИ ЦИСТОСТОМИИ И ЦИСТЭКТОМИИ ДОСТУПОМ СО СТОРОНЫ ТВЕРДОГО НЁБА	97
Глава 16.	МЕТОДИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ Фолликулярных КИСТАХ ОТ 3-х МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ	103
Глава 17.	МЕТОДИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ КИСТЕ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	112
Глава 18.	МЕТОДИКА ЦИСТОСТОМИИ ПРИ Фолликулярной КИСТЕ ОТ Ретенированных Зубов, КОТОРЫЕ ортодонтическим путем МОГУТ БЫТЬ ПЕРЕМЕЩЕНЫ В НУЖНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	117
Глава 19.	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ	119
Глава 20.	ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ	125
	<i>Список литературы</i>	127

МЕХАНИЗМ РОСТА ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ

Одонтогенные кисты — внутрикостные полостные ретенционные образования, появление которых обусловлено либо нарушением развития зубного фолликула, либо хроническим воспалительным процессом в пародонте.

Эпителий, выстилающий полость кисты, происходит из остатков зубообразующей эпителиальной пластинки (эпителиальных островков Маляссе) или из эпителия зубного фолликула.

Между эпителиальной выстилкой и костной тканью имеется соединительнотканная прослойка, за счет которой оболочка кисты (рис. 1) во время операции сравнительно легко отделяется от стенки костной полости.

Полость одонтогенной кисты заполнена жидким или полужидким содержимым — скапливающимися продуктами жизнедеятельности эпителиальной выстилки в виде коллоидов и кристаллоидов (в частности, кристаллов холестерина, хорошо заметных в виде блесков при абсорбции их на поверхности марлевого тампона).

Накопление продуктов жизнедеятельности эпителиальной выстилки ведет к повышению онкотического давления, что сопровождается также увеличением гидростатического давления в полости кисты. Это давление, передаваемое на окружающую кость, вызывает остеолиз, снижает ее механическую прочность, что ведет к увеличению объема костной полости (росту кисты) и деформации челюсти. При устранении повышенного гидростатического давления (операция цистотомии, цистосто-



Рис. 1. Строение оболочки кисты: а — эпителиальная выстилка; б — соединительнотканная прослойка; в — костная

мии) рост кисты не только прекращается, но обычно наблюдается обратное развитие костной полости — уменьшение ее размеров.

На ранней стадии развития одонтогенная киста обычно имеет шарообразную форму. В дальнейшем ее форма, а также направление преимущественного роста зависят от конфигурации и прочности окружающей костной ткани.

Кисты верхней челюсти дольше сохраняют шарообразную форму, вызывая по мере своего роста «отдавливание» дна верхнечелюстной пазухи кверху, дна носовой полости — медиально и кверху, а наружной компактной пластинки альвеолярного отростка — книзу в сторону преддверия рта. При кистах верхней челюсти может возникать деформация нёбного отростка в виде «выпячивания» твердого нёба в сторону полости рта.

Кисты нижней челюсти, встречая большее сопротивление со стороны ее прочного компактного слоя, начинают расти преимущественно в мезиодистальном направлении, приобретая овоидную форму, или выбухают в сторону преддверия полости рта.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ

По морфо- и патогенезу, а также локализации принято выделять следующие виды одонтогенных кист.

I. Кисты, развивающиеся из эмалевого органа или фолликула.

1. Фолликулярные кисты:

а) дентальная — одонтогенная киста, окружающая непрорезавшийся зуб (обычно содержит коронку нормально сформированного зуба) (рис. 2);

б) киста прорезывания — фолликулярная киста, представленная расширением пространства около коронки прорезывающегося (молочного или постоянного) зуба у детей.

2. *Гингивальная киста* — одонтогенная киста свободной или прикрепленной десны, представленная небольшой оформленной припухлостью, иногда напоминающая мукоцеле.

3. *Примордиальная киста* — сравнительно редко встречающийся вид одонтогенной кисты, развившейся в результате кистозной дегенерации или разрушения звездчатого эпителия эмалевого органа до кальцификации эмали и дентина.

II. Кисты, развивающиеся из эпителия зубообразующей пластинки (островков Маляссе), — радикулярные (околокорневые) кисты.

1. *Апикальная киста* — периодонтальная киста, охватывающая верхушку корня зуба (арех



РИС. 2. Фолликулярная дентальная киста от временного (62-го) бокового резца

radicis dentis). Эта разновидность кисты возникает в результате некроза пульпы зуба при кариесе, травме зуба.

2. *Латеральная периодонтальная киста*, прилежащая или охватывающая боковую поверхность корня прорезавшегося зуба (обычно встречается в области премоляров нижней челюсти).

3. *Резидуальная киста*, оставшаяся или возникшая после удаления зуба.

III. Кисты, развивающиеся из эмалевого органа или островков Маляссе: одонтогенная кератокиста - киста, содержащая кератиновые массы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ

Клиническая картина во многом определяется видом, локализацией, размерами кисты, наличием или отсутствием осложненной в виде нагноения кисты, патологического перелома челюсти.

Жалобы при кистах небольшого размера могут отсутствовать. Их появление обычно связано с возникновением деформации челюсти, подвижности зубов, а иногда — патологическим переломом.

Чаще поводом для обращения к врачу является обострение воспалительных явлений, нагноение кист, при котором больной жалуется на боль в области челюсти (зуба), «припухание» десны, общее недомогание.

Также могут быть жалобы на взбухание слизистой оболочки, создающее неудобство при жевании, ощущение «инородного тела». При «прорастании» кисты в нижний носовой ход может возникнуть затруднение носового дыхания.

Жалобы на чувство тяжести в средней зоне лица, головную боль на стороне поражения характерны для нагноившейся кисты, прорастающей в верхнечелюстную пазуху (рис. 3).

При прорастании кисты в верхнечелюстную пазуху с поражением переднемедиальной ее стенки возможно сдавливание носослезного протока с развитием одностороннего слезотечения.

В ряде случаев больных беспокоит чувство онемения или покалывания в области угла рта, участков слизистой оболочки альвеолярного отростка. Эти жалобы связаны с компрессией кистой ствола нижнего альвеолярного нерва (рис. 7).

Жалобы на обнаружение увеличенных регионарных (подподбородочных, поднижнечелюстных, передних шейных) лимфатических узлов крайне редки. У многих больных одонтогенные кисты выявляются случайно: при рентгенологическом обследовании перед протезированием, ортодонтическим лечением и т. д. (рис. 8).

Анамнез заболевания зависит от вида кисты. При сборе анамнеза больные с одонтогенными околокорневыми кистами обычно

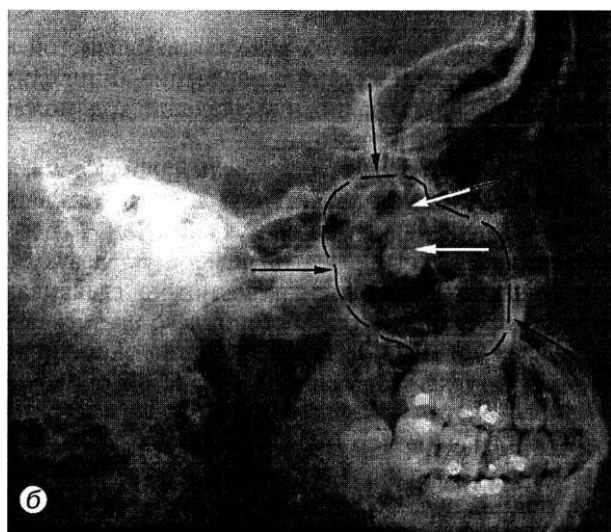
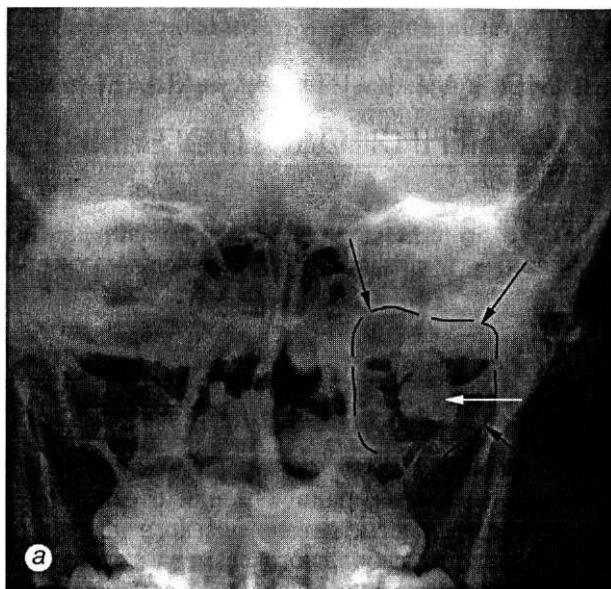


Рис. 3. Фолликулярная киста от 28-го зуба, прорастающая в верхнюю стенку верхнечелюстной пазухи (нижнюю стенку глазницы):
 а — прямая проекция; б — боковая проекция.
 Контуры кисты и зуб указаны стрелками



Рис. 4. Возникновение кисты:
а — после «выполненной» два года назад резекции верхушки корня 22-го зуба (верхушка корня зуба не удалена); б — после незавершенного пять лет назад удаления 35-го зуба

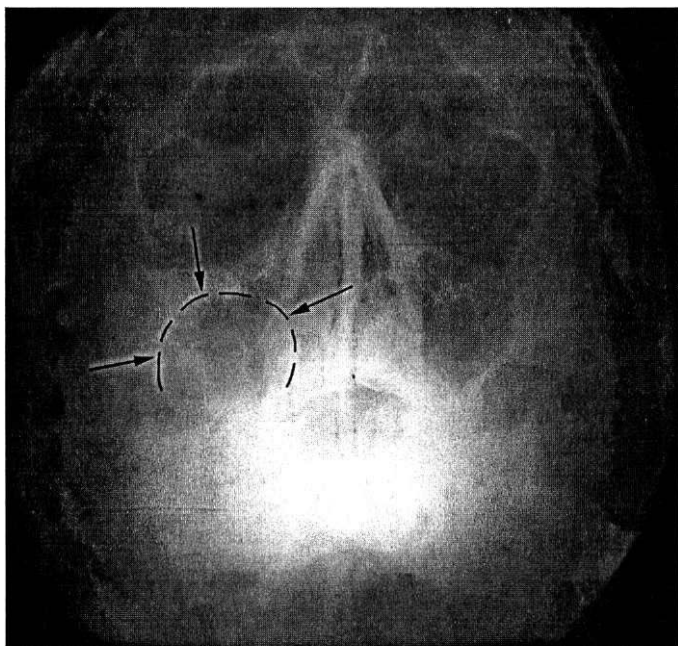


Рис. 5. Киста верхнечелюстной пазухи. Контур кисты показаны стрелками

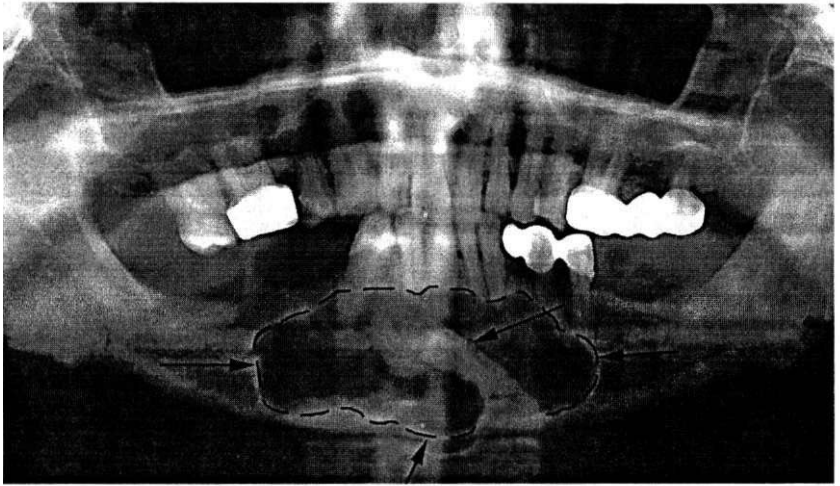


Рис. 6. Фолликулярная киста центрального отдела нижней челюсти от 33-го зуба. Ортопантомограмма

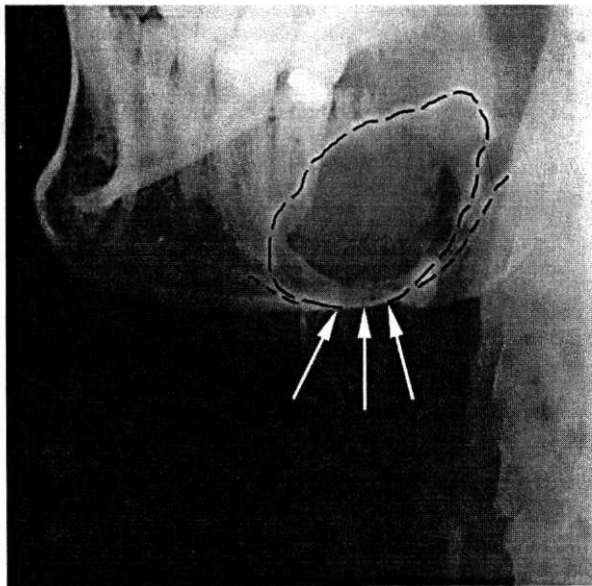


Рис. 7. Компрессия одонтогенной кистой ствола нижнего альвеолярного нерва, вызвавшая парестезию. Зона компрессии указана стрелками

указывают на проводившееся ранее эндодонтическое лечение «причинного» зуба, после чего отмечалось стихание болей. Часть таких больных отмечает периодическое обострение воспаления, которое быстро стихало после проведения внутриротового разреза. Некоторые больные могут также указывать на проводившееся ранее оперативное вмешательство — резекцию верхушки корня зуба или сложное удаление зуба (рис. 4—6).

Клинические симптомы в стадии обострения воспалительного процесса. При обследовании больных с нагноившейся кистой может выявляться асимметрия лица вследствие отека околочелюстных мягких тканей, гиперемия кожных покровов. Открывание рта может сохраняться в полном объеме. Перкуссия «причинного» зуба, как правило, болезненна. Сравнительная перкуссия соседних зубов безболезненная.

При остеомиелите челюсти перкуссия соседних зубов вызывает боль. Слизистая оболочка десны, переходной складки в зоне «причинного» зуба отечна, напряжена, гиперемирована. Может наблюдаться подвижность «причинного» зуба. Исключение составляют зубы, входящие в состав мостовидного протеза, сохраняющие устойчивость.

При прорастании кисты в верхнечелюстную (гайморову) пазуху могут появляться выделения из носового хода на стороне локализации кисты, нарушение носового дыхания. Воспаление кисты и прилежащих к ней тканей сопровождается парестезиями и болями по ходу ветвей тройничного нерва. Иррадиация болей возмож-

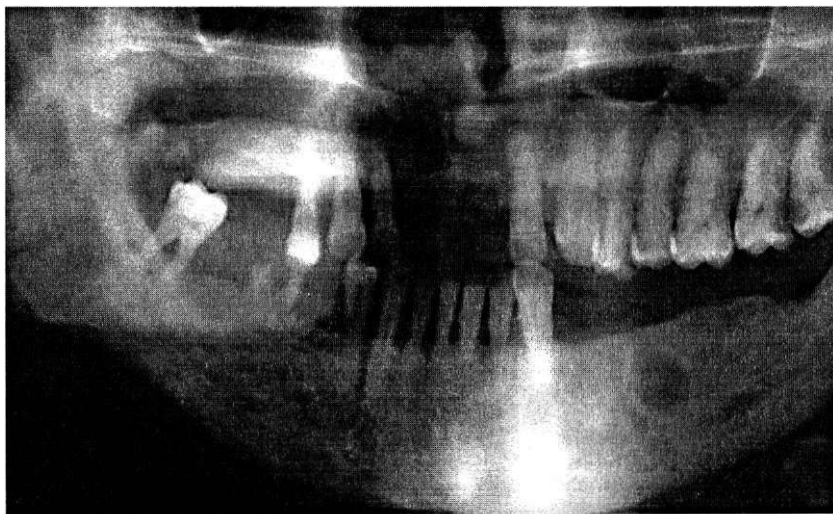


Рис. 8. Резидуальная киста в области удаленного семь лет назад 35-го зуба, выявленная в процессе подготовки больного к протезированию