

Полтавський державний медичний університет

Кафедра дитячої хірургічної стоматології

Білоконь Сергій Олександрович

**Одонтогенні та неодонтогенні кісти
щелеп**

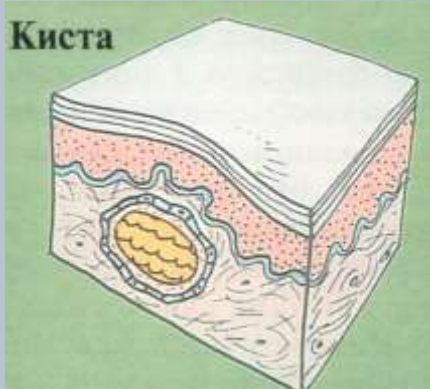
Контакт: +380502869041 (viber)

ПЛАН

1. Етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування епітеліальних одонтогенних кіст щелеп.
2. Етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування епітеліальних неодонтогенних кіст щелеп.
3. Етіопатогенез, клініка, діагностика та лікування неепітеліальних кіст щелеп.

Клініко-морфологічна класифікація щелепних кіст

(І.І. Єрмолаєва та співавт., 1975)

Епітеліальні кісти		Неепітеліальні кісти
Одонтогенні	Неодонтогенні	
✓радикулярна ✓фолікулярна ✓зубовмісна ✓парадентальна (періодонтальна) ✓кіста прорізування ✓гінгівальна	✓кіста різцевого каналу ✓глобуломаксилярна ✓носо-губна (носо-альвеолярна) ✓холестеатома ✓первинна (кератокіста) 	Кісткові кісти: ✓аневрізмальна ✓травматична ✓геморрагічна

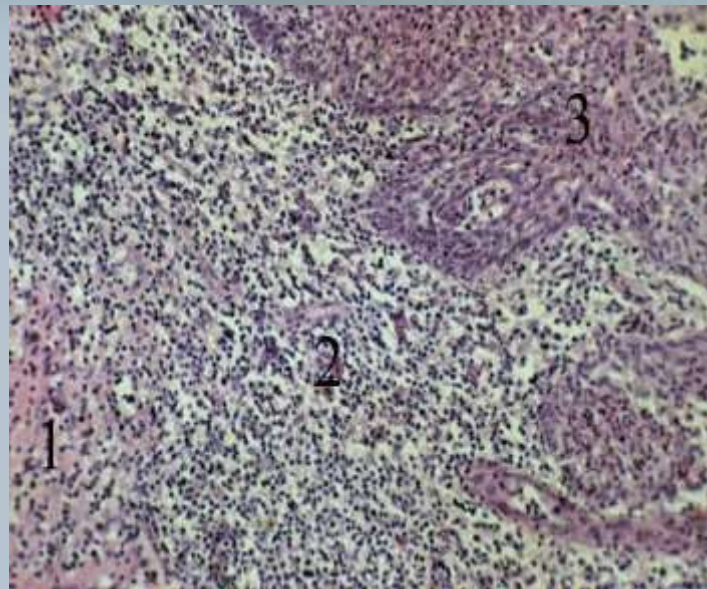
Радикулярна кіста

останній етап розвитку хронічного періодонтиту



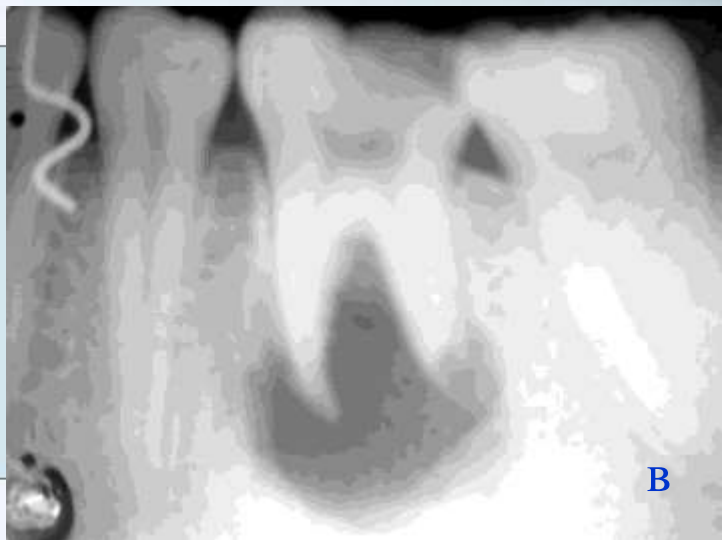
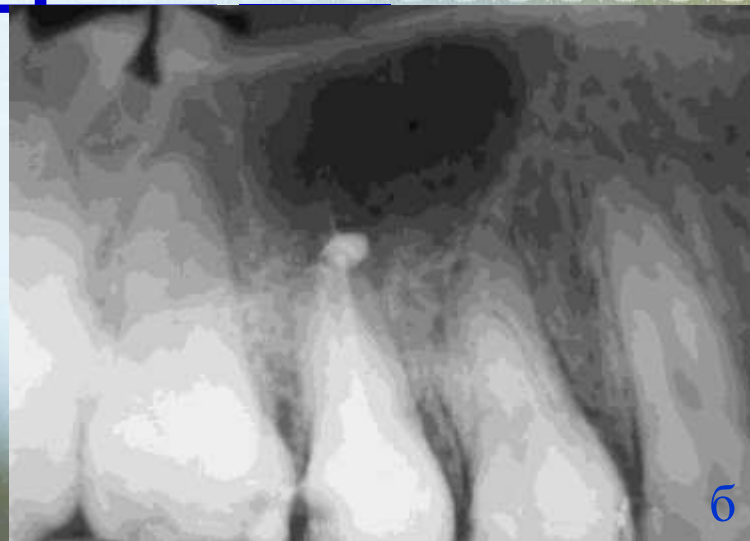
Морфологічно:

Кістозне утворення із прозорою жовтуватою рідиною із включенням кристалів холестерину; внутрішня стінка виповнена багатошаровим плескатым епітелієм (4-12 шарів). Під епітелієм – грануляційна і молода волокниста сполучна тканина. Глибше волокниста сполучна тканина поступово заміщується рубцевою. Капсула має велику кількість нервових закінчень.



Мікроскопічна будова стінки радикулярної кісти. Мікропрепарат. Зabarвлення гематоксилін-еозином. Об. 10^x, ок. 10^x. 1 – грубоволокниста сполучна тканина; 2 – ділянки запальної інфільтрації; 3 – багатошаровий плоский епітелій з явищами проліферації

Рентгенологічна картина радикулярних кіст

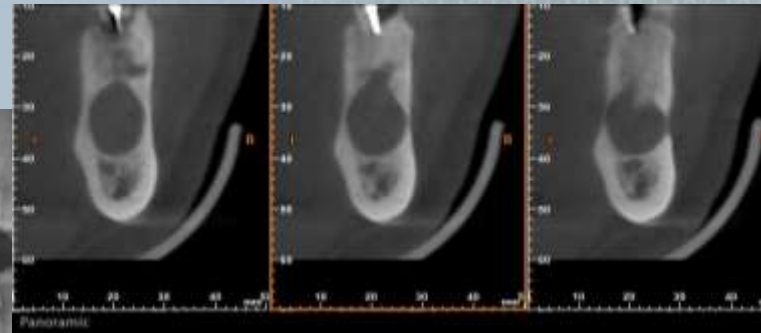
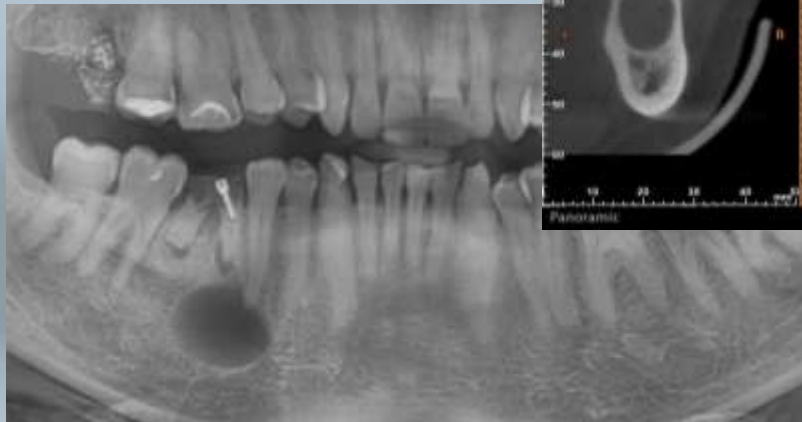


***а)** від 11 зуба; **б)** від 15 зуба; **в)** від 36 зуба; **з)** від 41 зуба; **д)** від 44 зуба*

Рентгенологічна картина радикулярних кіст



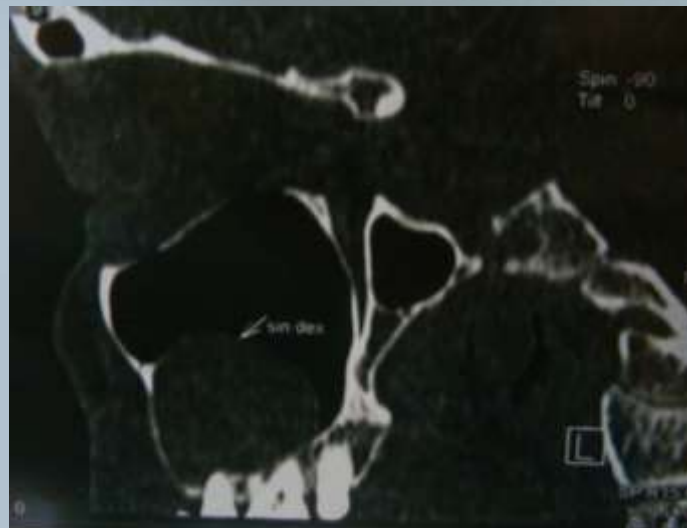
*Радикулярна кіста
від 46 зуба*



*Радикулярна кіста
від 46 зуба*



Радикулярна кіста від 44 зуба



*Фрагмент
комп'ютерної
томограми верхньої
щелепи пацієнта з
РК від 16 зуба, яка
проросла в
порожнину правої
гайморової пазухи*

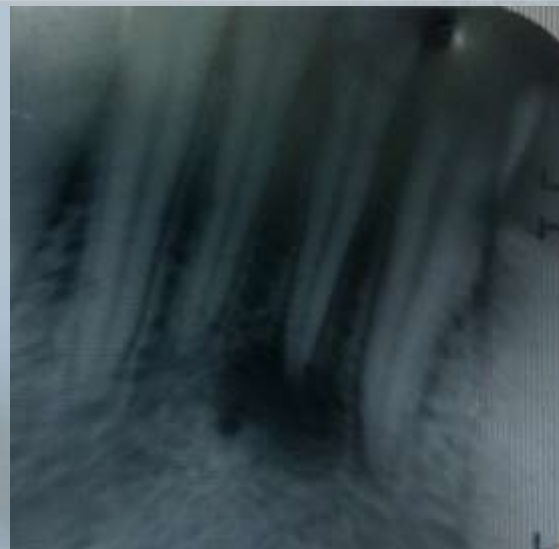
Клінічні прояви радикулярних кіст

Зазвичай не викликають скарг (без нагноєння), але при великих розмірах виникає деформація альвеолярного відростка щелеп та зміна положення зубів.

Симптомокомплекс (може бути характерним для більшості щелепних кіст):

1. Зруйнований та змінений у кольорі «причинний зуб» (із каналу може виділятися жовтувата рідина);
2. Перкусія причинного зуба безболісна (іноді – неприємна), а його ЕОД – не менше 100мкА;
3. Симптом дивергенції коренів і конвергенції коронок зубів;
4. Симптом Рунге-Дюпюїтрена (у дітей до 12 років спостерігається рідко);
5. Симптом Ю.І.Бернадського;
6. Симптом еластичного напруження (у 21,8% випадків);
7. Симптом флюктуації (у 18,3% випадків) і деформації обличчя (у 36,4% хворих);
8. При нагноєнні – інтоксикація, реактивний лімфаденіт, нориці;
9. На рентгенограмі: ділянка просвітлення кісткової тканини із чіткими контурами (при нагноєнні чіткість контурів зникає);
10. При локалізації в ділянці верхніх фронтальних зубів можливе утворення «валика Гербера»;
11. При локалізації біля судинно-нервового пучка – біль і парестезія.

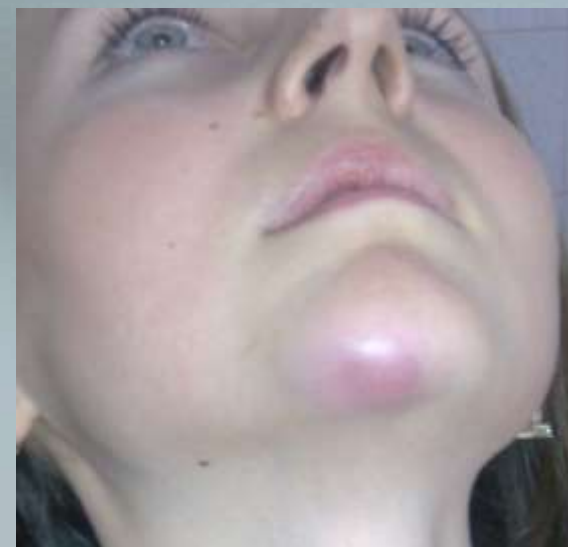
Радикалярна кіста, що нагноїлася



*Рентгенологічна
картина перед
ендодонтичним
лікуванням*



*Рентгенологічна
картина після
ендодонтичного
лікування*



Резидуальна (залишкова) кіста

Майже 30% резидуальних кіст є радикулярними.

Механізм виникнення:

1. Обривки одонтогенної гранульоми, що залишились в альвеолі після видалення зуба.
2. Результат неретельно проведеної цистектомії.

Рентгенографія

Анамнез

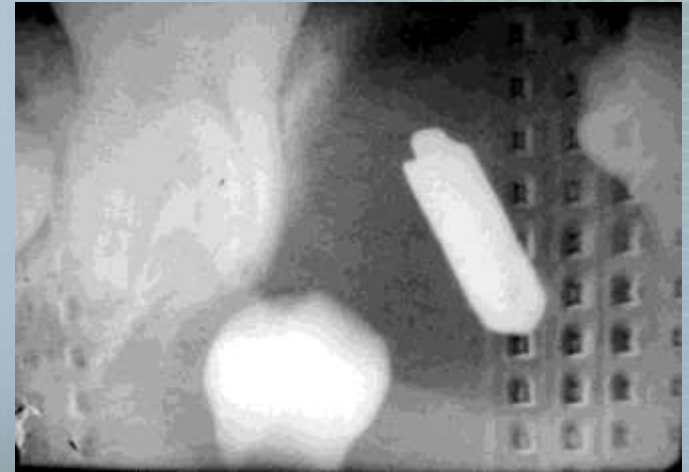


Діагноз
«резидуальна кіста»

Рентгенологічна картина резидуальної кісти



Резидуальна кіста в ділянці 46 та 47 зубів



Резидуальна кіста в ділянці 45 зуба (в порожнині кісти спостерігається стороннє тіло)



*Резидуальна кіста в ділянці
44 та 45 зубів*



*Резидуальна кіста в
ділянці 14 зуба*

Фолікулярна кіста

Результат кістозного переродження
тканин зубного фолікула.

Зустрічається частіше у людей 25
років (34% хворих – до 14 років).

У дітей та підлітків складають від
35,5% до 42% усіх одонтогенних кіст.



Розміри (за Л.К.Аквазматовою, С.А.Міньковим)

	діаметр, см	Об'єм, куб.см
малі	до 1,5	до 3
середні	1,5-2,5	до 10
великі	більше 2,5	до 40

Фолікулярна кіста

Локалізація залежить від віку:

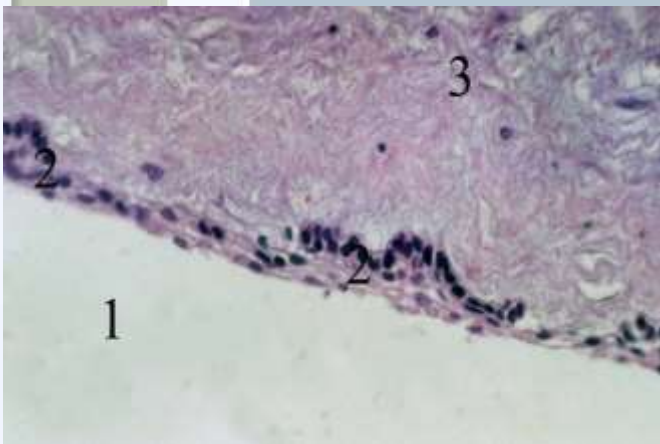
- у дітей: частіше в ділянці молярів (20,8%) і верхніх ікол (10%)
- у дорослих: в ділянці зубів мудрості (23,3%) і верхніх ікол (18,3%)

Мікроскопічно:

Оболонка – малодиференційована сполучна тканина з великою кількістю фіброblastів, а волокнисті структури – пухкі пучки колагенових волокон.

Внутрішній покрив – багатошаровий плескатий епітелій без ознак ороговіння.

Наявність епітелія – диференційно-діагностична ознака, яка визначає початок розвитку фолікулярної кісти (його немає при звичайній зубній ретенції).



Мікроскопічна будова стінки фолікулярної кісти. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 10^x, ок. 10^x. 1 – просвіт порожнини кісти; 2 – багатошаровий плоский епітелій; 3 – грубоволокниста сполучна тканина



Механізм розвитку фолікулярної кісти

1. Джерело росту ФК – маленькі кісти, розташовані між коронкою зуба і капсулою зародка.
2. ФК розвиваються внаслідок дегенеративних змін в епітелії зубного фолікула шляхом накопичення рідини між коронкою зуба та епітеліальною мембраною.
3. ФК – результат попадання інфекції із каріозних тимчасових зубів і мигдаликів у фолікул постійного зуба.

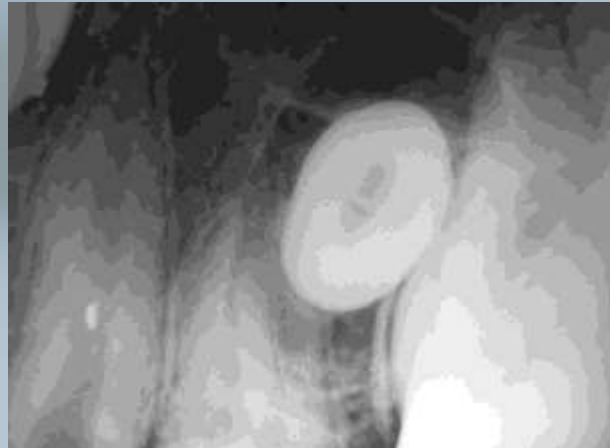
Спадковість, травма, запалення, переохолодження сприяють розвитку фолікулярних кіст.

Розвиток фолікулярних кіст

Ембріопластична стадія
(беззубі (примордіальні) кісти)

Рентгенологічно:
гомогенне
розрідження кісткової
тканини круглої або
овальної форми з
чіткими межами, в
якому визначається
коронка одного або
декількох
ретенуваних зубів.

Одонтопластична стадія
(перед завершенням формування кореня)



*Рентгенологічна картина
фолікулярних кіст від 25 зуба та
від 35 зуба*



Рентгенологічна картина фолікулярних кіст



*Полікістоз
(множинні фолікулярні кісти) на нижній щелепі
(після проведення цистектомії зліва)*



*Фолікулярна кіста від
43 зуба, що утворилася внаслідок травми*



Рентгенологічна картина фолікулярної кісти від 13 зуба

Рентгенологічна картина фолікулярних кіст



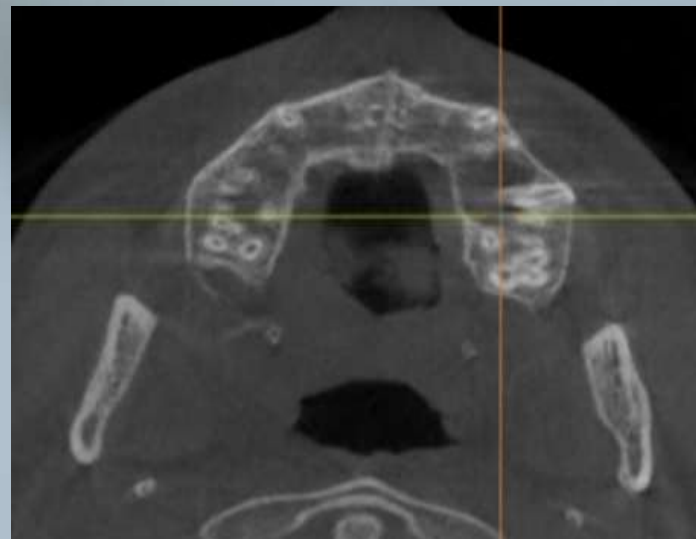
а



б



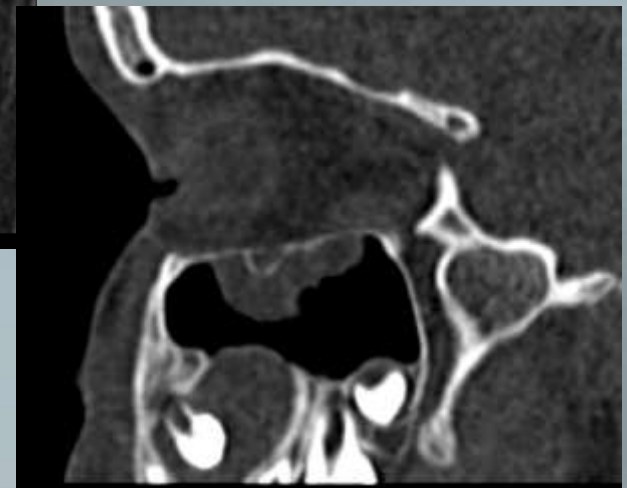
в



г

Рентгенологічна картина та фрагменти комп'ютерних томограм фолікулярних кіст від 25 зуба з проростанням (а, б) та без проростання (в, г) в ліву гайморову пазуху

Рентгенологічна картина фолікулярних кіст



*Рентгенологічна картина і фрагменти
комп'ютерної томограми фолікулярної кісти від 24
зуба без проростання в ліву гайморову пазуху*

Фолікулярна кіста від 35 зуба



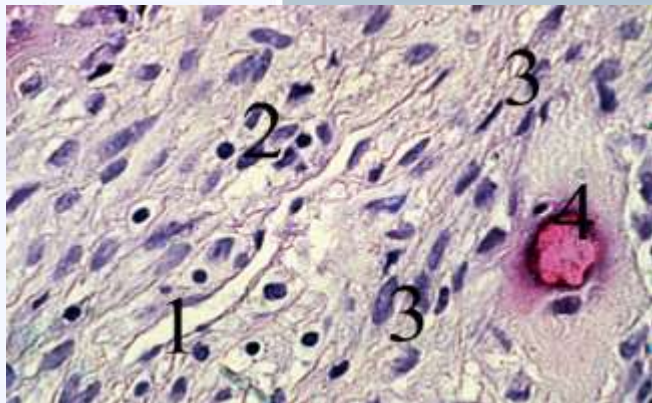
Зубовмісна кіста

Виникає внаслідок запального процесу в ділянці коренів тимчасових зубів, коли у вогнище потрапляють і зародки постійних. При цьому коронка постійного зуба знаходиться у порожнині кісти, а корінь із зоною росту – за її межами.



Зустрічаються тільки у дітей (переважно в період змінного прикуса).

Частіше уражується нижня щелепа в ділянці молярів.



Серед дітей, обстежених в клініці кафедри з приводу хронічного періодонтиту тимчасових молярів, у 5,95% випадків спостерігались зубовмісні кісти (А.М.Гоголь, 2006 р.).

Фрагмент стінки ЗВК. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 25х, ок. 10х. 1 – кровносна судина; 2 – вогнище лімфо-плазмоцитарної інфільтрації; 3 – клітини фібробластичного ряду; 4 – кісткова тканина коміркового відростку нижньої щелепи

Рентгенологічна картина ЗВК



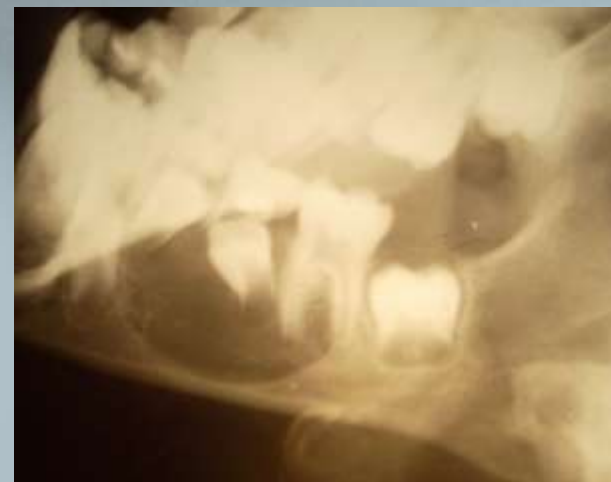
а



б



в



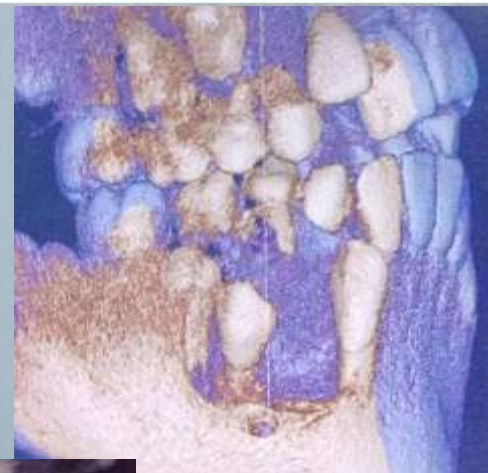
г

а-б) від 75 та 85 зубів; в-г) від 75 зуба.

Зубовмісна кіста від 84 зуба



ортопантомограма



фрагменти комп'ютерної томограми

Зубовмісна кіста від 75 зуба



Зубовмісна кіста від 75 зуба (динаміка)



через 1 рік

Етапи формування ЗВК

в ділянці молярів нижньої щелепи



Стадії розвитку ФК та ЗВК

(Е. Ю. Симановська, 1964)

- 1) Зкритий розвиток з відсутністю клінічних симптомів: визначається відсутність постійного зуба або затримка фізіологічної зміни тимчасових.
- 2) Поява деформації альвеолярного відростка або тіла щелепи за рахунок щільного безболісного або малоболісного припухання (якщо без нагноєння); виникає «пергаментний хрускіт» та флюктуація (в цій стадії можливе інфікування).

В пунктаті: *прозора рідина жовтого кольору із домішками кристалів холестерину.*

ФК може сполучатися із радикулярною кістою та кістою прорізування, твердою одонтомою, ретенцією та дистопією зубів, амелобластомою (1/3 амелобластом виникає із ФК)

Відомі випадки розвитку плоскоклітинного ороговіваючого раку в стінці ФК.

Парадентальна (періодонтальна) кіста

В її порожнині знаходиться частина коронки зуба, а сама кіста прилягає до бокової поверхні його кореня.

Іноді в порожнину може потрапляти і увесь зуб, який зазвичай знаходиться на своєму місці, але нахилений коронкою вперед і впирається медіальними буграми в коронку (корінь) зуба, що стоїть зпереду.



*Рентгенологічна картина
парадентальної кісти
від 37 зуба*



*Ясна кіста (варіант періодонтальної кісти)
в ділянці 32 зуба*

Ретромолярна кіста

Різновид парадентальної кісти.

Локалізується в ділянці вугла нижньої щелепи і виникає внаслідок хронічного запального процесу в тканинах пародонта через утруднене прорізування зуба (частіше всього зуба мудрості).



*Рентгенологічна картина
парадентальної кісти
від 48 зуба*

Рентгенологічна картина парадентальної кісти від 38 зуба

Первинна кіста (кератокіста)

Вада розвитку зубоутворюючого епітелія. Вперше описав Philipsen у 1956 р.

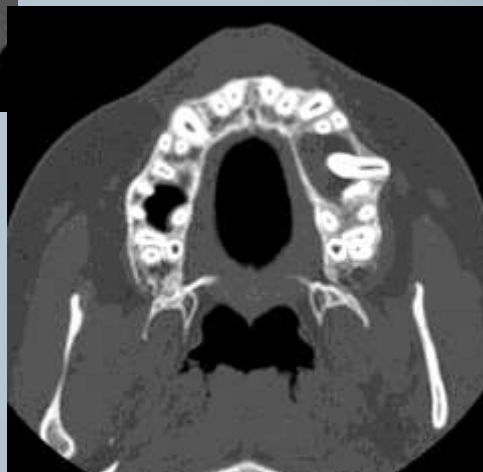
Зустрічається у 9,2% кістозних уражень щелеп (частіше у людей 20-40 років), 7-9% випадків — множинні.

Сприяють росту травма, переохолодження, вагітність та статеве дозрівання

Виникає в місцях, де є зуби, але зв'язку з ними не має (частіше в ділянці молярів нижньої щелепи).



Фрагменти КТ пацієнтки з кератокістами верхньої щелепи, що проросли в ліву та праву гайморові пазухи; дистопія, ретенція і горизонтальне



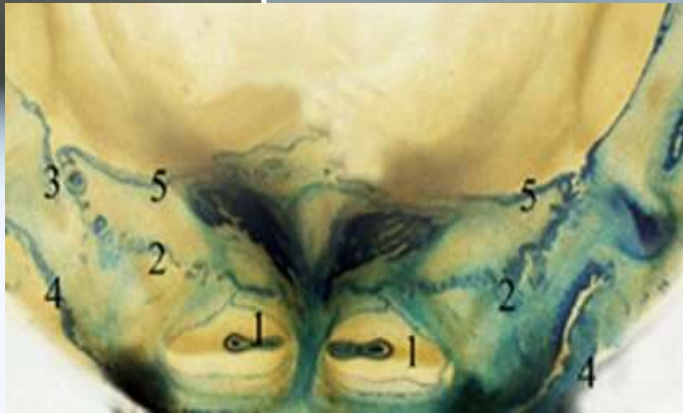
Фрагменти КТ пацієнта з кератокістою верхньої щелепи, що проросла в праву гайморову пазуху



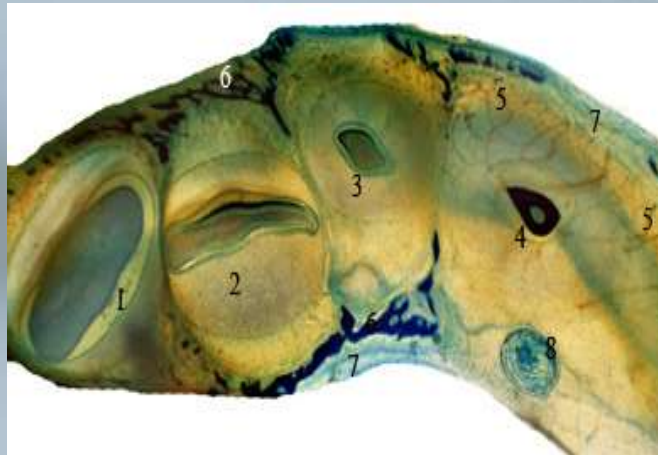
Первинна кіста (кератокіста)

Механізм виникнення:

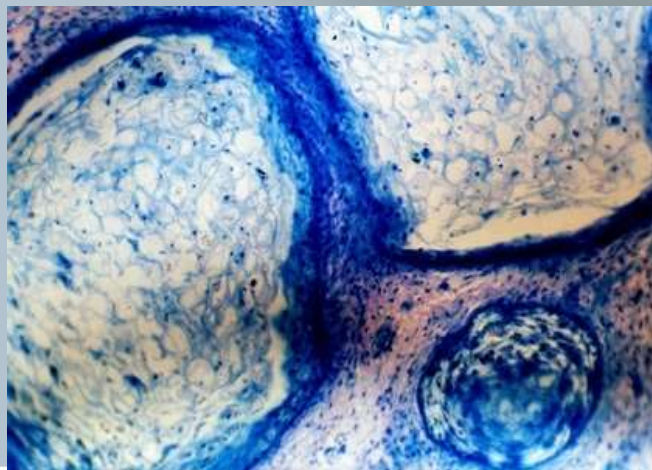
1. Дегенеративні зміни зірчастого епітелія пульпи емалевого органу на стадії, коли тверді тканини зубного зародка іще не диференційовані.
2. Джерело кератокісти – острівці Маляссе.



Поверхневий шліф нижньої щелепи на 14-16 тижнях внутрішньоутробного розвитку. Забарвлення метиленовим синім. 1 – зародки медіальних тимчасових різців; 2 – зубна пластинка, 3 – комплекси епітеліальних клітин по ходу зубної пластинки; 4 – покривний епітелій присінку порожнини рота; 5 – покривний епітелій власне порожнини рота



Шліф фрагмента нижньої щелепи на 23-25 тижнях ембріогенезу. 1 – зародок медіального тимчасового різця; 2 – зародок латерального тимчасового різця; 3 – зародок тимчасового ікла; 4 – зародок першого тимчасового моляра; 5 – венозні судини; 6 – кісткові балки; 7 – покривний епітелій, 8 – епітеліальне утворення в слизовій оболонці ротової порожнини



Кістоподібні епітеліальні утворення піднебінного шва на 14-16 тижнях внутрішньоутробного розвитку. Епоксидний шліф. Забарвлення метиленовим синім. Об. 20^x, ок. 10^x

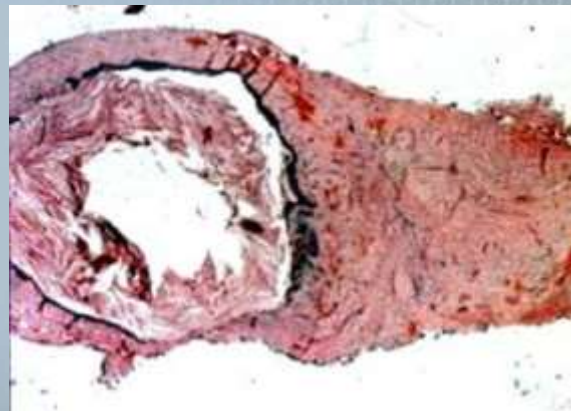
Первинна кіста (кератокіста)

В пунктаті: густа сіра безструктурна маса з неприємним запахом (кератинові маси).

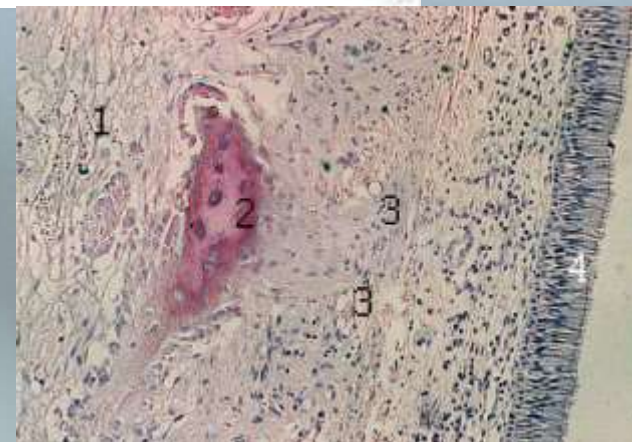
Мікроскопічно:

порожнина, заповнена сірувато-жовтою масою. Стінка кісти – волокниста сполучна тканина із переважанням колагенових волокон; вистилка – багатошаровий епітелій із вираженою кератинізацією

Велика вірогідність розвитку плоскоклітинної карциноми.



Стінка кератокісти. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 25^x, ок. 10^x. 1 – порожнина кісти; 2 – кератинові маси; 3 – багатошаровий зроговілий епітелій; 4 – фіброзна тканина



Фрагмент мікроскопічної будови стінки кератокісти, що проросла в гайморову пазуху. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 10^x, ок. 10^x. 1 – грубоволокниста сполучна тканина стінки кісти; 2 – кісткова тканина; 3 – кровоносні мікросудини; 4 – багаторядний меготликий епітелій слизової оболонки гайморової пазухи

Первинна кіста (кератокіста)

Рентгенографія: поодинокі або полікістозна ділянка розрідження кісткової тканини з чіткими контурами; періодонтальні щілини зубів, що знаходяться в порожнині кісти, збережені.



Первинна кіста (кератокіста)



а



б



в



г



д

Вигляд в порожнині рота (а), ортопантомограма (б) та фрагменти комп'ютерної томограми (в, г) дитини з кератокістою тіла нижньої щелепи у фронтальній ділянці, що виникла через 8 років після проведення цистектомії з приводу фолікулярної кісти від 42 зуба (д)

Первинна кіста (кератокіста)



Ортопантомограма після ендодонтичного втручання перед проведенням цистектомії та виписки з історії хвороби після стаціонарного хірургічного лікування дитини з кератокістою тіла нижньої щелепи у фронтальній ділянці

Знаходилась на стац. лікуванні в ДМКЛ з 28.10.2014р. по 07.11.2014 року.

ДІАГНОЗ: Кератокіста щелепи у фронтальному відділі (в ділянці зубів 44 – 35).

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ: 29.10.2014р. – під загальним знеболенням, інтубаційним наркозом проведено Видалення новоутворення (Цистектомія) із заповненням кісткового дефекту остеотропним матеріалом Коллапан.
07.11.2014р. Рани заживають первинним натягом, проведено зняття післяопераційних швів.

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ: Ауроксон по 1 мл – 2 рази в день, в/в;
Анальгетики: Кетанов по 1 мл. – 3 рази в день, при болях, в/в; Ангілекс спрей 3 – 4 рази в день; обробка порожнини рота розчином метиленового синього; Лактомун по 1 саше – 1 раз в день, Лопракс 400 по 1 таб. – 1 раз в день, Лоракорт по 1 мл. – 1 раз в день, в/в.

ОБСТЕЖЕННЯ: в плановому порядку.

Видалений матеріал знаходиться на гістологічному дослідженні.

07.11.2014р. – виписана із відділення з одужанням на амбулаторне спостереження до лікаря хірурга стоматолога та педіатра за місцем проживання.

РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Утриматись від переохолодження та важкого фізичного навантаження.
2. Повторний огляд у ШДІХ через 1 місяць.
3. Щелепна дієта протягом 2х місяців.
4. Гігієна ротової порожнини (полоскання рота розчином Ангілекса протягом 3х тижнів).
5. Са ДЗ Нікомед по 1 таб. -1 раз в день, протягом 30 днів.
6. Лопракс 400 по 1 таб. – 1 раз в день, протягом 5ти днів.

Епід. оточення благополучне.

Первинна кіста (кератокіста)



*Фрагмент томограми,
3D-зображення,
видалення йодоформної
турунди та загальний
вигляд післяопераційного
дефекту у грудної
дитини, у якої
кератокіста проросла у
ліву гайморову пазуху,
зруйнувавши її передню
стінку*

Холестеатома (перлова пухлина)

Різновид кератокісти, частіше вражає верхню щелепу. Оболонка виконана епідермісом, а в кашоподібному вмісті – рогові маси та кристали холестерину (160-180 мг% в пунктаті), які надають утворенню сальний (стеариновий, перламутровий) відтінок.

Кіста прорізування

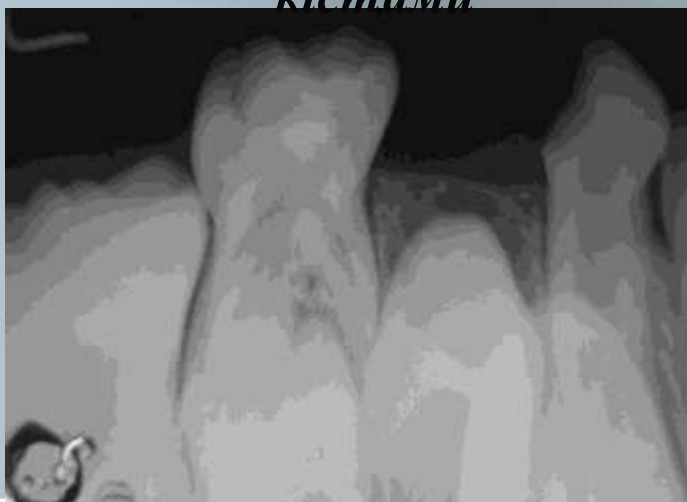
Спостерігається над зубом, що прорізується, у вигляді вибухання, покритого незмінними яснами. При цьому в кістці порожнини не спостерігаються.



Рентгенологічна картина кіст прорізування



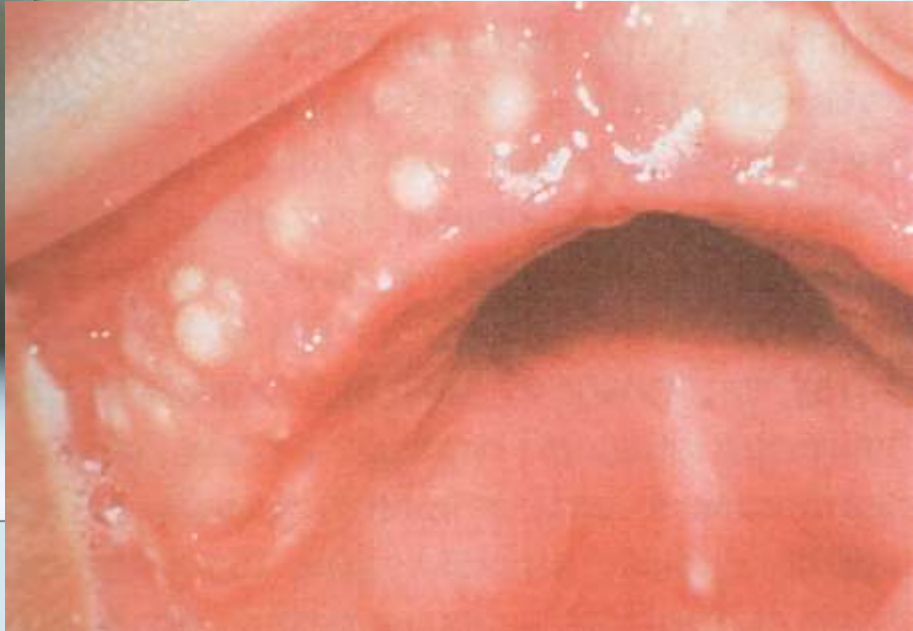
від 36 та 46 зубів, які сполучаються із фолікулярними кістами



від 44 зуба

Гінгівальні кісти

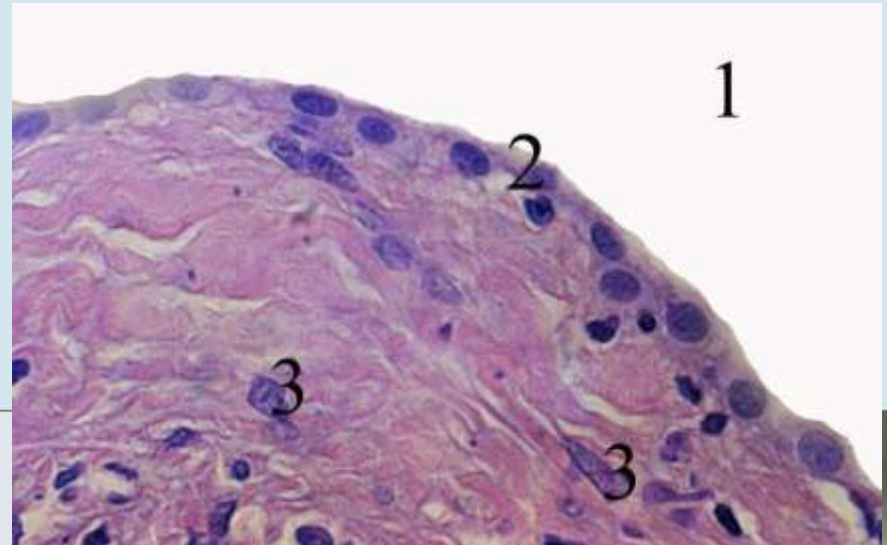
(«залози Серра», «перлини Епштейна»)



Білісуваті, безсимптомні, дуже щільні шароподібні утворення на яснах або ясеневому валику, які мають перламутровий відтінок.

Зустрічаються у дітей грудного віку.

Мікроскопічна будова стінки гінгівальної кісти. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 40^x, ок. 10^x. 1 – просвіт кісти; 2 – плесканий епітелій; 3 – фібробласти



Носо-піднебінна кіста

(кіста різцевого каналу)

Утворюється із ембріональних залишків епітелія носо-піднебінного каналу, частіше в його нижніх відділах.

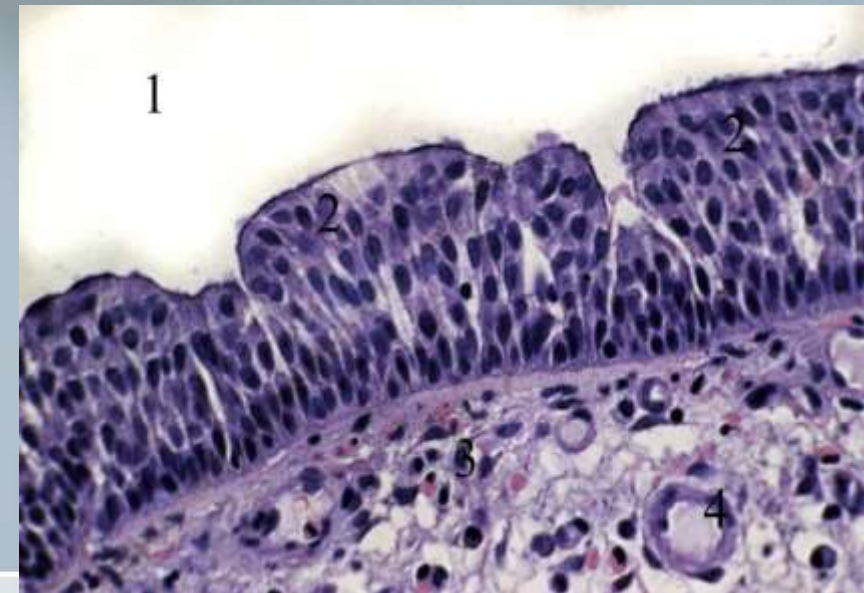
Зазвичай локалізуються між центральними різцями, але можуть бути і на піднебінні.

Рентгенологічно:

Вогнище гомогенного розрідження кісткової тканини круглої форми з чіткими контурами, що знаходиться по середній лінії в ділянці різцевого отвору, на яке

проектуються корені інтактних зубів із збереженою періодонтальною щільністю.

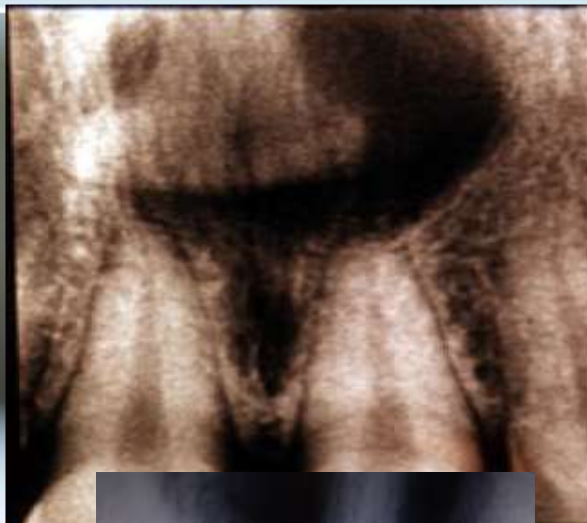
В пунктаті: прозора рідина з кристалами холестерину.



Мікроскопічна будова стінки кісти різцевого каналу. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об. 25^x, ок. 10^x. 1 – просвіт кісти; 2 – меготликий епітелій; 3 – сполучна тканина з помірною запальною інфільтрацією; 4 – кровоносна судина

Носо-піднебінна кіста

(кіста різцевого каналу)



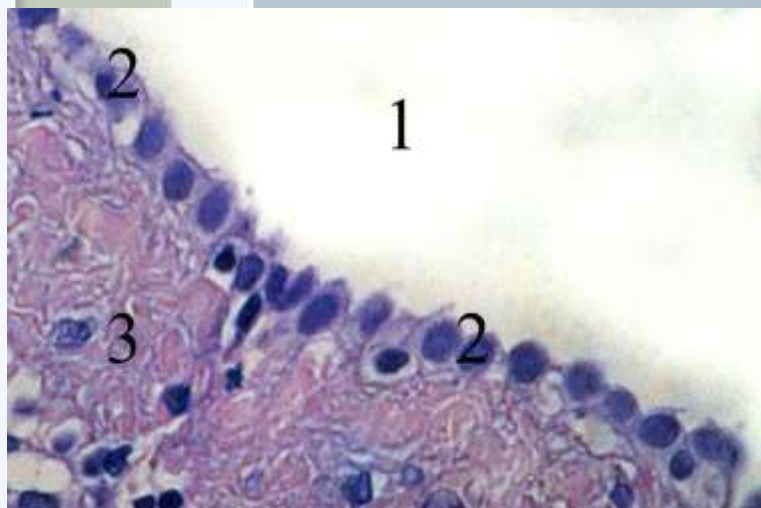
*Рентгенологічна картина
та МРТ-зрізи пацієнтів з
кістами різцевого каналу*



Глобуло-максиллярна кіста



Рентгенологічна картина глобуло-максиллярної кісти



Мікроскопічна будова
стінки глобуло-
максиллярної кісти.

Мікропрепарат.

Забарвлення
гематоксилін-еозином.

Об. 40 $\times$, ок. 10 $\times$. 1 –
просвіт кісти; 2 –
епітеліоцити кубічної та
циліндричної форми; 3 –
сполучна тканина

Утворюється із епітелію в місці зростання лобного та верхньощелепного ембріональних лицевих відростків.

Локалізується між боковим різцем та іклом верхньої щелепи.

Клініка: безболісне вип'ячування в присінку порожнини рота або на піднебінні; може проростати в порожнину носа або верхньощелепну пазуху.

Рентгенологічно: ділянка гомогенного розрідження кісткової тканини круглої форми з чіткими контурами із дивергенцією коренів та збереженням періодонтальної щілини.

В пунктаті: прозора жовтувата рідина з кристалами холестерина.

Носо-альвеолярна кіста (носо-губна)

Утворюється із ембріонального епітелія в ділянці зростання лобного, носового та верхньощелепного ембріональних відростків, розташовуючись на передній стінці верхньої щелепи в проекції коренів бокового різця та ікла.

Клініка: під крилом носа в ділянці носогубної борозни – малорухоме, еластичне випинання круглої форми з чіткими контурами.

Рентгенологічні прояви вісутні. Зуби інтактні.

Пунктат: як і в глобуло-максиллярних кістах.



Носогубная кіста, заповнена контрастною речовиною



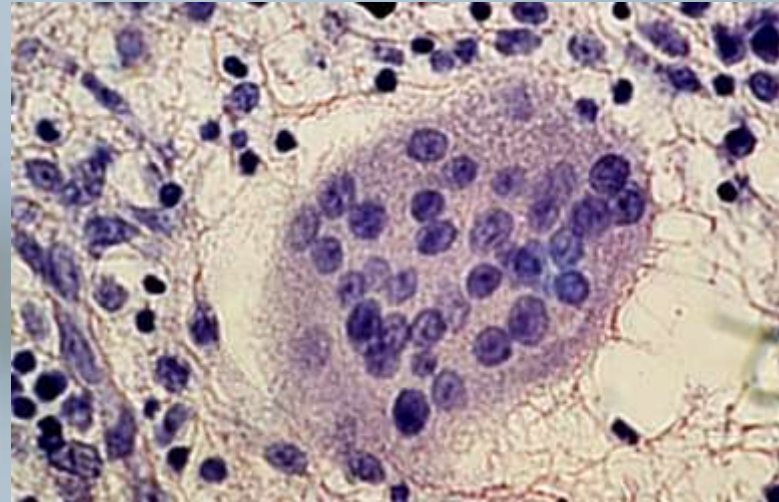
Носогубна кіста: вузелок, що флюктурує

Травматична кіста

Кісткова стінка вкрита тонкою
фіброзною оболонкою (утворюється із
ендоста).

Переважно зустрічається в бокових
ділянках нижньої щелепи в
період інтенсивного росту кістяка
(12-14 років).

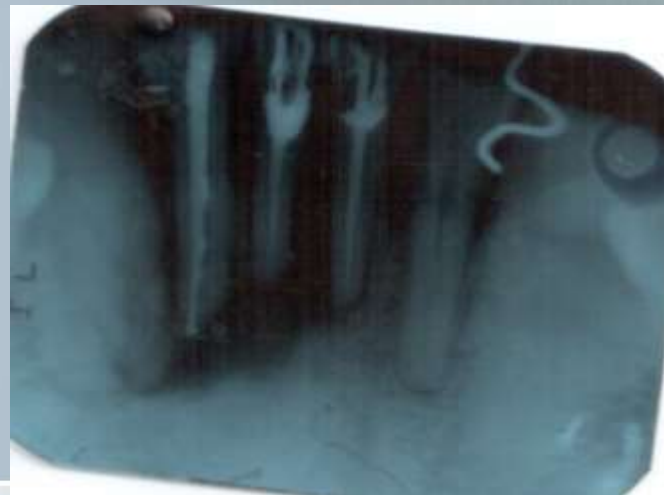
Розвиваються внаслідок травми
через крововиливи в губчасту
речовину. Пульпа сусідніх зубів
зазвичай жива.



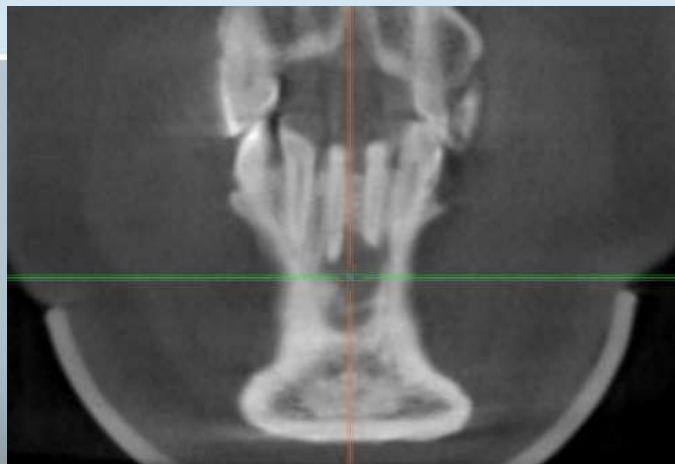
*Гігантська
багатоядерна
клітина типу
сторонніх тіл у
стінці
травматичної
кісти. Об. 40^x,
ок. 10^x*

Не супроводжуються деформацією і
виявляються випадково при
рентгенологічному дослідженні
(чітко обмежена порожнина із
склерозованими кістковими
краями, не пов'язана із
зубами).

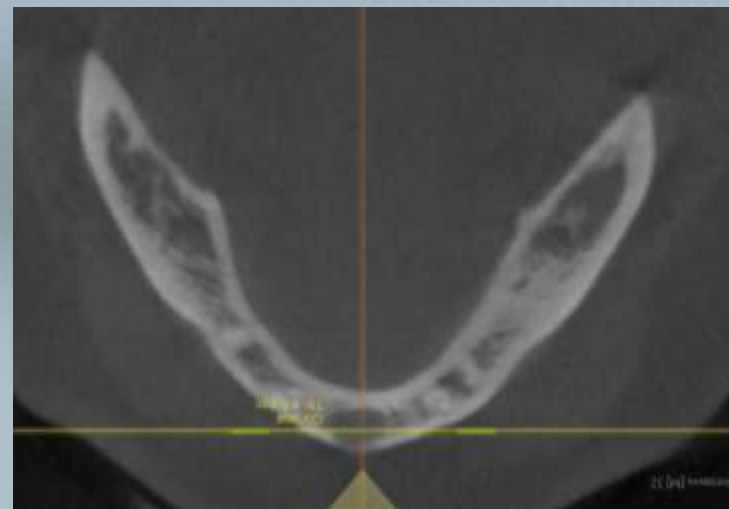
Може не мати рідкого вмісту або
заповнена геморагічною рідиною
(геморагічна кіста).



Травматична кіста



*нориця на підборідді
та фрагменти
комп'ютерної
томограми
пацієнта з
травматичною
кістою нижньої
щелепи*



Травматична кіста



а



б



загальний вигляд пацієнта з травматичною кістою нижньої щелепи через 1 тиждень (а) і 3 тижні (б) після ендодонтичного лікування 31 та 41 зубів

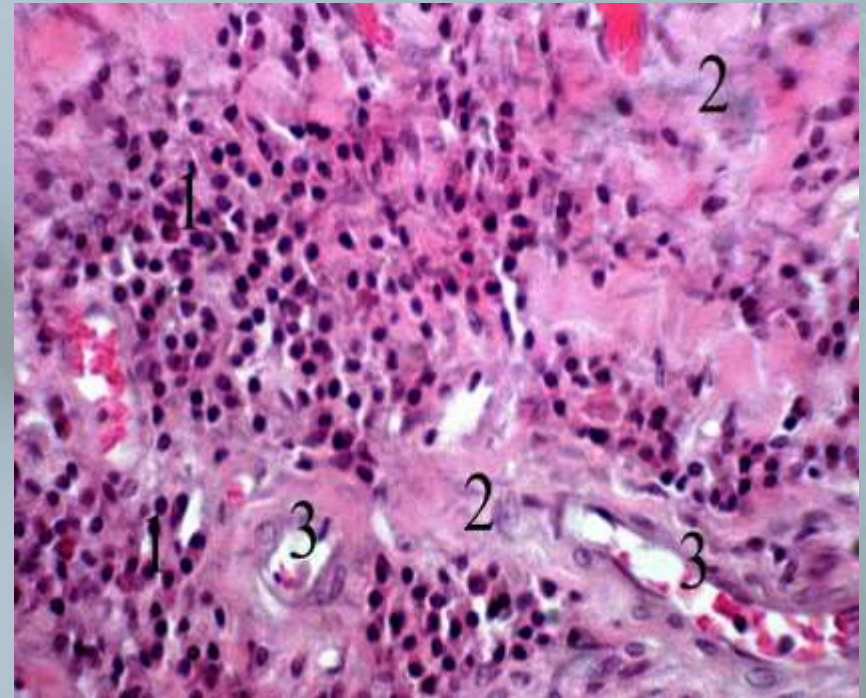
Аневризмальна кіста

Зазвичай зустрічається на нижній щелепі в підлітковому віці.

Порожнина кісти заповнена кров'ю, геморагічною рідиною або взагалі не має вмісту.

Аневризмальна кіста – результат інтенсивного росту кістки, коли губчаста речовина не встигає перебудуватися і утворює кісткові порожнини.

Фіброзна оболонка має остеобласти та остеокласти.

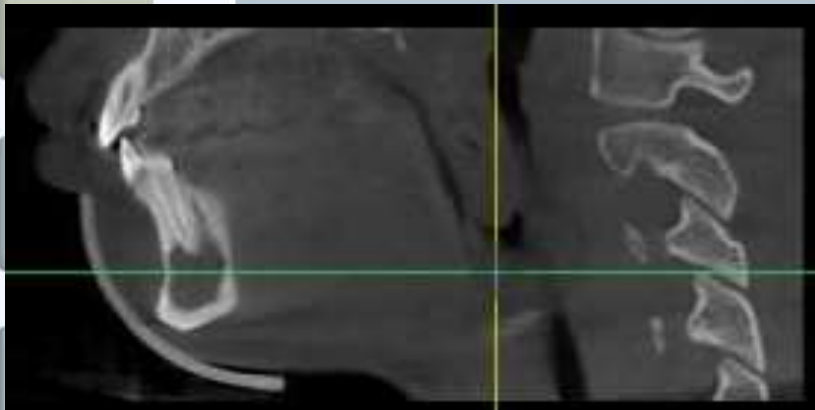


Фрагмент стінки аневризмальної кісти. Мікропрепарат. Зabarвлення гематоксилін-еозином. Об. 10^x, ок. 10^x. 1 – остеобласти; 2 – грубоволокниста сполучна тканина; 3 – кровоносні судини

Аневризмальна кіста



Рентгенографія: ділянка розрідження кісткової тканини з чіткими межами у вигляді однієї або декількох кіст, зтоньшення кортикальних пластинок і деформація щелепи.



Ортопантомограма та фрагменти комп'ютерної томограми пацієнта з аневризмальною кістою нижньої щелепи



Хірургічні методи лікування кіст

Цистотомія (Парч I):

- великі кісти в/щ з проростанням в гайморову пазуху
- великі кісти н/щ зі значним зтоньшенням кісткової стінки
- змінний прикус
- ознаки нагноєння кісти

Цистектомія (Парч II):

- Одонтогенні та неодонтогенні кісти щелеп невеликих розмірів



Особливості хірургічного лікування окремих видів кіст

1. Терапія фоллікулярних кіст повинна бути радикальною (повне видалення утворення).
2. Лікування зубовмісних кіст проводиться методом цистотомії.
3. За методикою Г.І. Семенченка, лікування неускладнених ФК та ЗВК у дітей проводиться методом цистектомії із одномоментною трансплантацією постійного зуба.
4. Лікування кератокіст повинно бути радикальним, а при їх проростанні в м'які тканини втручання повинно бути двухетапним (або резекція щелепи).
5. Для терапії кіст прорізування достатньо видалити частину ясен, що покривають зуб.
6. Гінгівальні кісти не потребують втручання (зазвичай зникають самотійно).

Етапи цистектомії

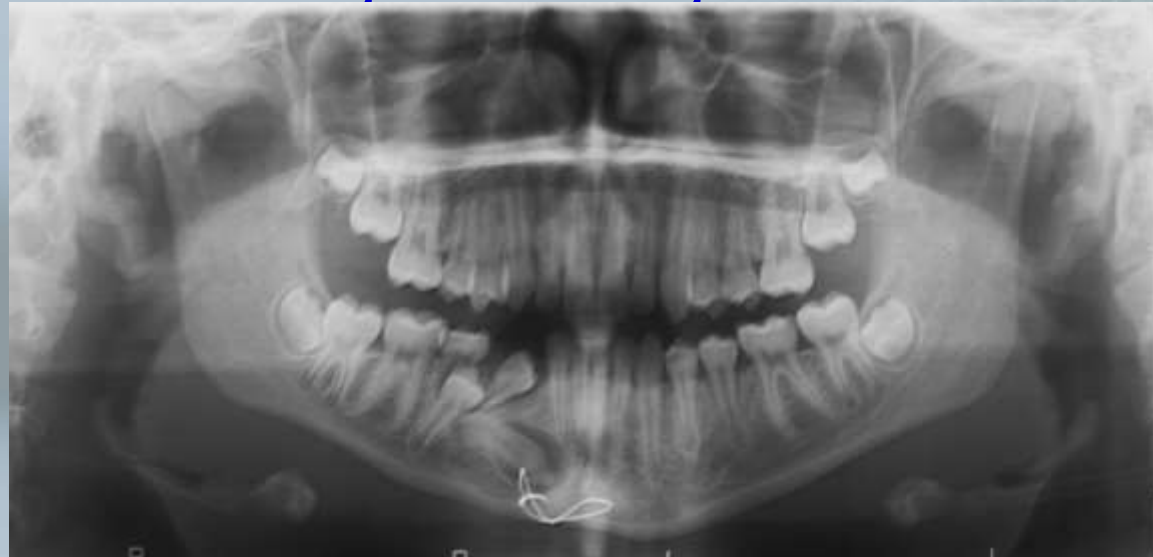
з приводу радикулярної кісти від 22 зуба



Цистектомія

з приводу фолікулярної кістки від 43 зуба

ортопантомограма



інтубація



відшаровано слизово-окісний клапоть



видалення зовнішньої компактної пластинки



*зняття лігатури
(43 зуб та оболонка кісти видалені)*



рана ушита



Цистектомія

з приводу фолікулярної кісти від 24 зуба



а



б

*відшарування слизово-окісного клаптя та
видалення зовнішньої компактної пластинки*



в



г



д

Цистектомія

з приводу фолікулярної кісти від 24 зуба



*заповнення
післяопераційної
кісткової рани
остеопластичним
матеріалом та ушивання*



Цистектомія з приводу ЗВК від 75 та 85 зубів



Загальний вигляд пацієнта і деформація н/щ зправа

Цистектомія

з приводу ЗВК від 85 зуба



ортопантомограма



*тампонування ротоглотки
перед оперативним
втручанням*



видалення 85 зуба

Цистектомія

з приводу ЗВК від 85 зуба

Відшарування слизово-окісного клаптя



*Оголена вестибулярна стінка
кістозної оболонки*



Видалення кістозної оболонки



Цистектомія

з приводу ЗВК від 85 зуба

*Кіста видалена,
в кістковій порожнині оголена
коронка 45 зуба*



Рана наглухо зашита



Цистектомія

з приводу ЗВК від 75 зуба

Видалена оболонка кісти від 75



35 зуб

видалено



Рана наглухо зашита

ЗУБОВМІСНА КІСТА

від 85 зуба



а



б

в



г

*а – рана після цистектомії;
б – 85 зуб і макропрепарат кісти;
в – післяопераційна рана через 1 тиждень;
г – післяопераційна рана через 2 тижні*

Цистотомія

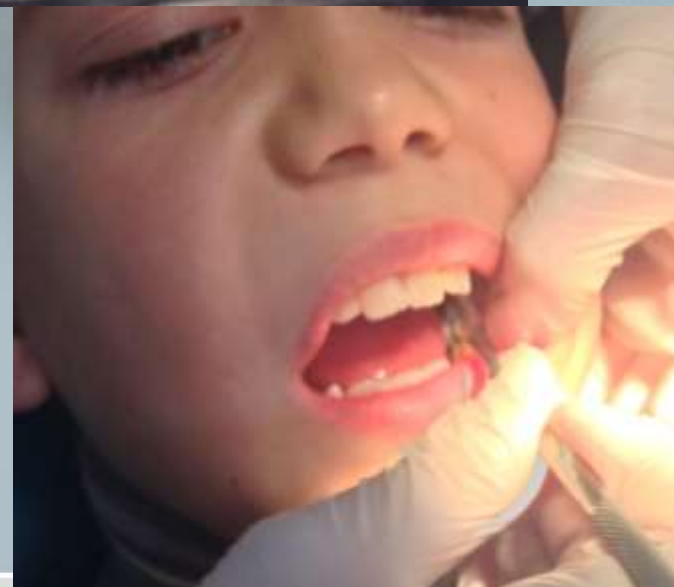
з приводу ЗВК від 75 зуба



а

б

Ортопантомограма (а), вигляд в порожнині рота (б) та етапи хірургічного лікування (в) дитини із зубовмісною кістою від 75 зуба



в

Цистектомія

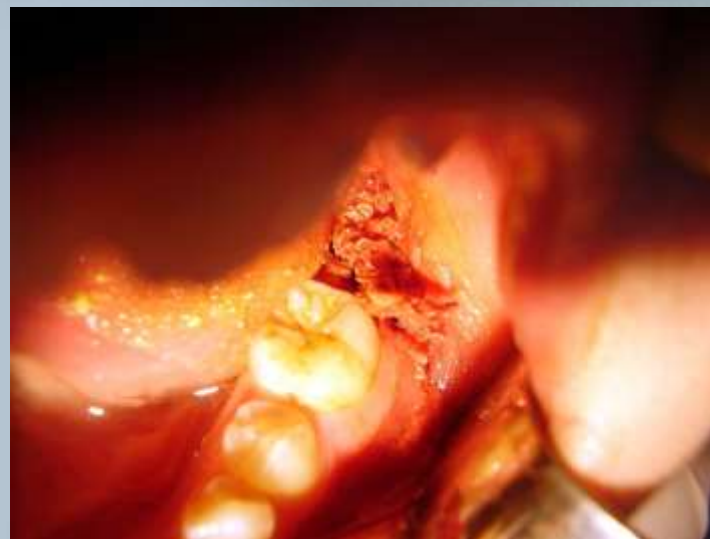
з приводу парадентальної кісти від 37 зуба



*Відшарування
слизово-окісного
клаптя*

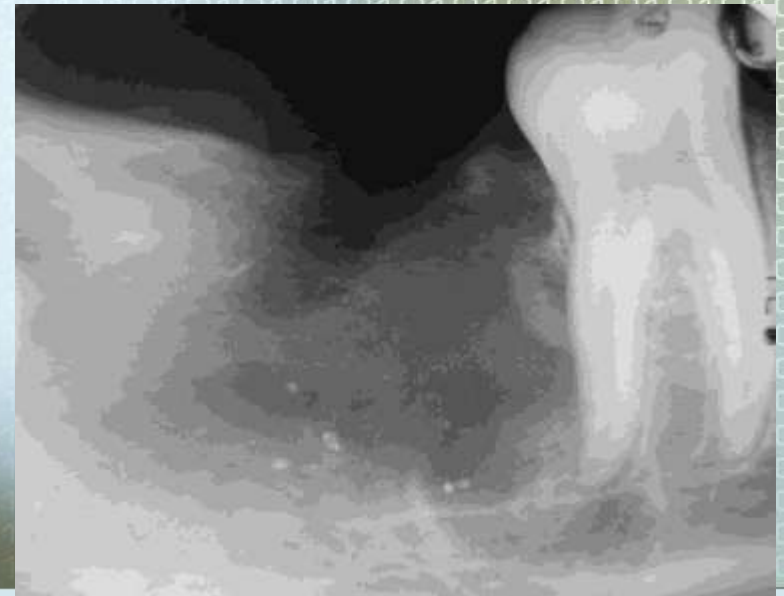
*В просвіт кісткового вікна
частково виведено
коронку ретенованого
і дистопованого 37 зуба*

*Кісткова порожнина, яка
утворилась після видалення 37
зуба
і кісткової оболонки*



Кісткова порожнина щільно затампонована йодоформною турундою

Видалений 37 зуб



*Рентгенологічна
картина після лікування*

Регенерація кістки

Репаративна

Фізіологічна

Репаративна регенерація – відновлення ділянок кістки після травми (в т.ч. після хірургічного втручання), ініціатором якого є пошкодження.

Е. Fukada, І. Yassuda (1957): в основі пускового механізму регенерації кістки знаходяться біофізичні чинники – ендogenousні електричні сигнали.

А. Caplan (1987), Р. Marx (1994): пусковий механізм регенерації має хімічну природу -- в його основі лежать зміни кислотно-лужного балансу в зоні пошкодження кісткових структур.

Первинна стадія остеогенеза:

проходить в кістково-мозкових просторах (ендості) та остеогенному шарі періосту одразу після ініціації регенерації.

24-48 годин: гемопоетична, фіброзна та жирова тканини в зоні пошкодження гинуть; дефект заповнюється кров'ю; в прилеглих тканинах — гостра запальна реакція.

3-10 доба: проліферація дрібних судин і остеогенних клітин із диференціюванням останніх в остеобласти -- синтез остеоїда.

10-25 доба: мінералізація остеоїда; остеобласти перетворюються в остецити.

Вторинна стадія остеогенеза:

7 доба: в ділянці загиблих остеоцитів утворюються зони резорбції.

Остеокласти «роз'їдають» нежиттєвоздатні ділянки трабекул, що утворюються при первинному остеогенезі, а утворені «пустоти» заповнюються капіллярами і остеобластами -- формування нових трабекул.

Через 4-6 тижнів після травми утворюється грубоволокниста сполучна тканина, яка під впливом механічного навантаження резорбується і заміщується кістковою.

Успіх остеопластичних операцій залежить від:

- техніки операції;
- умов макро-мікроскопічного контролю хірурга за маніпуляціями;
- наявності спеціального інструментарія та шовного матеріалу;
- дотримання принципу атравматичності (забезпечує максимально можливу життєздатність популяції остеогенних клітин і мінімальне порушення кровообігу прилеглої до кісткового дефекта ділянки, зберігаючи фактори росту і сприяючи проліферації та адекватному диференціюванню остеогених клітин;
- достатня ревізія кісткових порожнин;
- Розміри кісткової порожнини та вік хворого.

Кісткові порожнини, заповнені кров'яним згустком, до 4-6 післяопераційних тижнів зменшуються на 1/3-1/2, а до 12-16 місяців – на 2/3 своїх розмірів.