

orthopantomography for patients without the clinical signs of pathology of temporo-mandibular joint.

In patients without clinical pathology of temporo-mandibular joint the different pathological changes in the joint were revealed in 39,39%. The method has some negative moments in studying of temporo-mandibular joint, therefore it may be used as scrining in cases of pathology. In cases of pathology of temporo-mandibular joint in orthopantomography it is necessary to use other methods. In patient with occlusion pathology it is impossible to find the role of temporo-mandibular joint in orthopantomography.

To spend the complex studying of temporo-mandibular joint by different methods for neutral and distal occlusion is perspective.

Key words: temporo-mandibular joint, orthopantomography.

Стаття надійшла до редакції 20.05.2013 р.

Прийнято до друку 26.06.2013 р.

Рецензент – д. мед. н., проф. О. А. Виноградов.

УДК 616.716.1+616.716.4

А. Г. Яремчук, И. В. Андреева

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Одним из актуальных вопросов современной стоматологии является изучение дифференциально-диагностических признаков кист челюстей [1; 2]. Киста челюсти представляет собой полостное образование доброкачественного характера, локализирующееся в костных или мягких тканях, имеющее жидкое или полужидкое содержимое; стенка ее выстлана эпителием.

Существует большое количество классификаций кист челюстей, однако до сих пор единой классификации кист нет. В клинической практике различают следующие виды кист челюстей:

I. Околозубные кисты:

• околокорневые (околоверхушечные, апикальные, радикулярные);

• резидуальные;

• околокоронковые (фолликулярные, кисты прорезывания);

• ретромолярные (пародентарные).

II. Первичная киста (кератокиста, примордиальная киста).

III. Киста носонёбного канала (резцового отверстия).

IV. Холестеатомы челюстей.

V. Травматические (простые, геморрагические или однокамерные костные кисты).

VI. Аневризмальная костная киста.

VII. Шаровидно-верхнечелюстная киста.

VIII. Носогубная (носоальвеолярная, внекостная) киста.

В последние годы актуальность приобретают исследования морфологического и рентгенологического направления, призванные выявить морфологические предпосылки развития кист челюстей. Настоящая работа является первым этапом изучения этого вопроса.

Околокорневые (радикулярные) кисты являются последним этапом развития хронического периодонтита [3; 4]. Среди пациентов, поступающих в стоматологические стационары, больные с околокорневыми кистами составляют около 8%, около половины из них (46%) – это больные с нагноившимися кистами челюстей. Причем радикулярные кисты встречаются чаще в верхней (63%) и значительно реже в нижней (34%) челюсти, одинаково часто локализуются с правой и левой стороны челюсти [4].

Морфологически киста представляет осумкованную полость, внутренняя поверхность которой выстлана многослойным плоским эпителием эпидермального типа, расположенного в 4 – 12 рядов. Эпителий часто образует вегетации с образованием широкой петливой сети. Подлежащая ткань состоит из волокнистой соединительной ткани с концентрическим расположением волокон. Полость кисты содержит прозрачную желтоватую жидкость с кристаллами холестерина [5].

На рентгенограмме околокорневая киста проецируется в виде очага просветления округлой или овальной формы с четкими контурами, в диаметре превышающими 5 – 10 мм. Очаг просветления всегда имеет ободок в виде тонкой полоски затемнения, окаймляющей контуры кисты, анатомической основой которой является уплотнившаяся костная ткань. При нагноении кисты четкость ее контуров нарушается, они становятся «размытыми» [6; 7].

В процессе роста кисты могут отодвигать вверх нижнюю стенку грушевидного отверстия, обуславливая образование характерного валика на дне полости носа («валик Гербера»). При росте кисты в сторону верхнечелюстной пазухи костная стенка пазухи, как правило, резорбируется и киста вырастает в верхнечелюстную пазуху (ВЧП) [8].

При росте кист нижней челюсти последняя изменяет конфигурацию альвеолярного отростка или тела только в запущенных случаях, когда кисты существуют многие годы. При росте кисты вдоль альвеолярной дуги оболочка кисты сдавливает сосудисто-нервные пучки соседних зубов, что обуславливает атрофические изменения пульпы [8].

Около 30% радикулярных кист являются резидуальными и остаются после удаления или выпадения зубов. О происхождении кисты в этих случаях свидетельствует ее локализация в непосредственной

близости к лунке отсутствующего зуба [8]. Провоцирующим фактором может послужить удар по зубу, стоматит, гингивит, перелом челюсти, гайморит, оперативное вмешательство на рядом расположенных участках кости, попытка врача лечить гангренозный зуб, у верхушки которого образовалась киста.

Околокоронковые (фолликулярные) кисты являются результатом порока развития зубообразовательного эпителия, т. е. кистевидного перерождения тканей фолликула. Поэтому, как правило, в тесной взаимосвязи с фолликулярной кистой всегда находится либо интактный, либо рудиментарный или сверхкомплектный зуб, закончивший или еще не закончивший свое формирование. Обычно такой зуб располагается в толще кости и является непрорезавшимся [9].

Некоторые авторы считают, что фолликулярные кисты могут возникать на почве воспалительных процессов у верхушек корней молочных зубов, когда очаг воспаления достигает фолликула постоянного зуба, вызывая его раздражение с последующим развитием кисты.

Диагностируются фолликулярные кисты чаще в юношеском (12 – 15 лет) и зрелом возрасте, особенно на третьем десятилетии жизни [10].

Фолликулярная киста представляет собой однокамерную полость, располагающуюся в челюсти и отграниченную от костной ткани соединительнотканной капсулой. Локализуются фолликулярные кисты чаще в верхней челюсти, соответственно молярам и клыкам. Иногда фолликулярные кисты могут располагаться в нижнем крае глазницы, в носу или в верхнечелюстной пазухе, целиком заполняя ее [6]. Соответственно локализации кисты происходит утолщение челюсти, нередко с деформацией лица.

Для фолликулярных кист характерна рентгенологическая картина: резко очерченный овальный или круглый дефект кости, погружение коронковой части непрорезавшегося зуба в этот дефект или даже полное расположение зуба в зоне выявленного дефекта [7]. Самая большая наблюдавшаяся величина такой кисты – с куриное яйцо.

При пункции фолликулярных кист нижней челюсти определяется прозрачная жидкость желтого цвета, опалесцирующая на свету, с примесью кристаллов холестерина. В инфицированных кистах в их просвете содержится мутная жидкость, с большим количеством лейкоцитов.

Ретромолярные кисты можно отнести к разновидности кист прорезывания. Они встречаются у 3% больных с кистами челюстей. Кисты возникают в связи с хроническим воспалительным процессом в тканях пародонта, обусловленным затрудненным прорезыванием зубов, чаще мудрости. Иногда из-за кистозного превращения покровного эпителия под «капюшоном» над ретромолярной кистой она может быть

спаяна с коронкой прорезывающегося зуба и локализуется в области угла нижней челюсти, сразу позади коронковой части нижнего третьего моляра [11].

Рентгенологически определяется участок разрежения полулунной формы, расположенный в области непрорезавшегося зуба [7].

Первичная киста (кератокиста) возникает из одонтогенного эпителия обычно в тех местах, где имеются зубы, но связи с последними не имеют. По данным W. Lund (1985), кератокисты составляют 11% одонтогенных кист. Кератокисты встречаются в основном в нижней челюсти на уровне моляров и продолжительное время клинически могут не проявляться и увеличиваются в размерах незаметно для больного. Синонимы первичной кисты: эпидермоидная киста, эпидермоид челюсти, холестеатома и др. Развиваются на нижней челюсти. Частота составляет 1% всех кист челюстей. Выявляются, в основном, у взрослых. Рост их бессимптомный, медленный [12].

На рентгенограмме кератокиста имеет вид очага разрежения костной ткани или поликистозного очага с четкими полициклическими контурами. Из-за неравномерной резорбции кости создается впечатление многокамерности, что требует проведения дифференциального диагноза с адамантиномой. Контур периодонтальной щели у зубов, находящихся в полости кисты, вначале сохраняются, а затем не прослеживаются. Возможна резорбция верхушек их корней [7]. Иногда кератокисты располагаются рядом с ретинированными зубами или зачатками зубов. Во время пункции иногда удается получить густую массу грязно-серого цвета с неприятным запахом.

Киста носонёбного канала (резцового отверстия) является эпителиальной неодонтогенной, возникает из остатков эпителия носонёбного протока, отщепившихся в эмбриональном периоде в носонёбном канале и среди «щелевых» кист является наиболее часто встречаемой. По данным W. Petriell (1985), встречается у 1% людей. Располагается обычно в области образования альвеолярной дуги над резцами верхней челюсти, из-за чего может быть ошибочно принята за околокорневую кисту. Увеличиваясь в размерах, приводит к рассасыванию нёбного отростка верхней челюсти.

В диагностике кист носонёбного канала решающее значение имеет рентгенологическое обследование, при котором обнаруживается разрежение костной ткани округлой формы в области резцового отверстия. Контур периодонтальной щели центральных резцов сохранены [6; 12].

Холестеатома челюсти – опухолеподобное кистообразное образование, оболочка которого выстлана эпидермисом, а содержимое имеет вид кашицеобразной массы, включающей роговые массы и кристаллы холестерина. В пунктате можно определить до 160 – 180 мг %

холестерина (Ю. И. Вернадский, 1983). Именно из-за наличия холестерина это опухолеподобное новообразование часто имеет салыный или стеариновый оттенок (Muller, 1938).

Холестеатомы в области челюстей встречаются в двух видах: 1) в виде эпидермоидной кисты, не содержащей зуба; 2) в виде околозубной (фолликулярной) кисты с особым содержимым, окружающей коронку непрорезавшегося зуба (А. А. Кьяндский, 1938). Чаще поражается верхняя челюсть.

Обычно точный диагноз холестеатомы устанавливается при гистологическом исследовании или чаще – во время оперативного вмешательства и уже подтверждается при гистологическом исследовании операционного материала [12].

Травматические кисты челюстей встречаются редко. Их относят к неэпителиальным кистам. Такие кисты встречаются в нижней челюсти, в начальных стадиях протекают бессимптомно и диагностируются случайно на рентгенограмме в виде четко отграниченной полости со склерозированными костными краями в боковом отделе тела челюсти, не связанной с зубами. Патогенез таких кист неизвестен. Гистологически киста не имеет эпителиальной выстилки. Костные стенки ее покрыты тонкой фиброзной тканью, которая содержит многоядерные гигантские клетки и зерна гемосидерина (Е. Я. Губайдулина, Л. Н. Цегельник, 1990). Травматические кисты могут не иметь жидкого содержимого или наполнены геморрагической жидкостью.

Некоторые авторы считают кисту результатом интенсивного роста кости, при котором губчатое вещество кости не успевает перестроиться и образуются костные полости. Аналогичные кисты встречаются в эпифизах трубчатых костей. Имеется мнение, что травматические кисты являются результатом кровоизлияния в центральных отделах челюсти. Кровоизлияния в толщу губчатого вещества могут приводить к образованию внутрикостных полостей, выстланных капсулой из соединительной ткани, в образовании которой принимает участие эндост. При нагноении может образовываться свищ, который является путем для вегетации эпителия слизистой оболочки десны в глубь челюсти с последующей выстилкой оболочки кисты полностью или, чаще, частично.

Аневризмальные костные кисты относят к неэпителиальным кистам. Этиопатогенез практически не изучен. Долгие годы этот вид кисты рассматривали как кистозную форму остеобластокластомы (Н. Н. Каспарова, 1991). Возникает обычно в области интактных зубов на нижней челюсти в предпубертатном и пубертатном возрасте (В. В. Рогинский, 1987). Поражение представляет собой полость, иногда многополостное поражение, наполненное кровью, геморрагической жидкостью или вообще может не иметь жидкого содержимого. Костная

полость кисты обычно выстлана оболочкой из фиброзной ткани, лишенной эпителия, и содержит остеобласты и остеокласты.

Название «аневризмальная киста» обозначает лишь один из поздних симптомов этой патологии – деформацию («раздутость») нижней челюсти.

Рентгенологически диагностируется очаг просветления кости с четкими границами в форме одной или нескольких кист, часто отмечается истончение кортикальной пластинки, на поздних стадиях – деформация челюсти в виде вздутия.

Шаровидно-верхнечелюстная (в кости верхней челюсти между боковым резцом и клыком) и **носогубная, или носоальвеолярная киста** (на передней поверхности верхней челюсти в проекции верхушки корня бокового резца и клыка), возникают из эпителия на месте соединения межчелюстной кости с верхней челюстью. Содержат желтоватую жидкость без холестерина (В. В. Рогинский, 1987).

На рентгенограмме обычно определяется разрежение кости, по форме напоминающее перевернутую грушу с четкими границами. Корни бокового резца и клыка обычно раздвинуты, при этом контуры периодонтальной щели сохранены [6; 7].

Таким образом, существует большое количество различных клинических и морфологических форм кист челюстей. Они часто протекают бессимптомно либо их клиническая картина не имеет специфических признаков, а рентгендиагностика нередко проводится уже в запущенной стадии. Кроме того, возможны случаи злокачественного перерождения кист. Поэтому вопросы морфологических предпосылок развития кист челюстей требуют дальнейшего изучения.

Список использованной литературы

- 1. Меллер Е. Б.** Норма при КТ- и МРТ-исследованиях / Е. Б. Меллер, Э. Райф. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 256 с.
- 2. Овруцкий Г. Д.** Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей / Г. Д. Овруцкий, Ю. Н. Лившиц, Л. М. Лукиных. – М. : Альма-матер, 1999. – 156 с.
- 3. Абдалов Х. Б.** Повышение эффективности лечения деструктивных форм хронического периодонтита / Х. Б. Абдалов // Перспективы стоматологии. – 1990. – № 3. – С. 15 – 18.
- 4. Аснина С. А.** Хирургическое лечение очагов одонтогенной инфекции в тканях периодонта / С. А. Аснина, Р. С. Иванова, Е. А. Емельянова // Материалы конф., посвящ. 100-летию со дня рождения профессора Е. Е. Платонова. – М. : Дельта-Мед, 2001. – С. 168 – 170.
- 5. Хирургическое** лечение хронических очагов воспаления в тканях периодонта / С. А. Аснина, В. С. Агапов, А. И. Воложин, М. Н. Белозеров // Материалы V Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб. : Медиа-плюс, 2000. – С. 2 – 3.

6. Компьютерная томография / С. К. Терновой, А. Б. Абдураимов, И. С. Федотенков, С. С. Терновой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.
7. Райан С. Анатомия человека при лучевых исследованиях / С. Райан. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 28 с. **8. Рабухина Н. А.** Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области / Н. А. Рабухина, Г. И. Голубева, С. А. Перфильев. – М. : ГЕОТАР Медицина, 2006. – 128 с. **9. Бельченко В. А.** Черепно-лицевая хирургия у детей / В. А. Бельченко // Материалы Первой Всерос. конф. по детской нейрохирургии. – М., 2003. – С. 116 – 117.
10. Соловьев М. М. Оперативное лечение одонтогенных кист / М. М. Соловьев, Г. М. Семенов, Д. В. Галецкий. – СПб. : Медикар, 2004. – 123 с. **11. Rare giant epidermal cyst in the infratemporal fossa and middle cranial fossa** / T. Yang, L. Zhang, H. Bao, Z. Hua // J. Craniofac. Surg. – 2012. – Vol. 23 (4). – P. 334 – 336. **12. Боровский Е. В.** Эндодонтическое лечение / Е. В. Боровский, Н. С. Жохова. – М. : РООСА, 1997. – 63 с.

Яремчук А. Г., Андреева И. В. Дифференційна діагностика кист щелеп

Одним з актуальних питань сучасної стоматології є вивчення дифференційно-діагностичних ознак кист щелеп. Існує велика кількість різних клінічних та морфологічних форм кист щелеп, але до теперішнього часу єдиної класифікації кист немає. Кисти щелеп часто існують безсимптомно або їхня клінічна картина не має специфічних ознак, а рентгендіагностика нерідко проводиться вже в запущеній стадії. Крім того, можливі випадки злоякісного перетворення кист. Тому питання морфологічних передумов розвитку кист щелеп потребують подальшого дослідження.

Ключові слова: кисти щелеп, діагностика.

Яремчук А. Г., Андреева И. В. Дифференциальная диагностика кист челюстей

Одним из актуальных вопросов современной стоматологии является изучение дифференциально-диагностических признаков кист челюстей. Существует большое количество различных клинических и морфологических форм кист челюстей, однако до сих пор единой классификации кист нет. Кисты челюстей часто протекают бессимптомно либо их клиническая картина не имеет специфических признаков, а рентгендиагностика нередко проводится уже в запущенной стадии. Кроме того, возможны случаи злокачественного перерождения кист. Поэтому вопросы морфологических предпосылок развития кист челюстей требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: кисты челюстей, диагностика.

Yaremchuck A. G., Andreeva I. V. Differential Diagnostics of Jaw Cysts

One of actual question of modern stomatology is studying of differential diagnostics signs of jaw cysts. A cyst of jaw is cavernous formation of high quality character, localized in bone or soft fabrics, having liquid or semi-fluid content, the wall of it is covered an epithelium. There are many clinical and morphological forms of jaw cysts, but unified classification is absent. Last years actuality is acquired by researches morphological and roentgenologic directions, called to expose morphological pre-conditions of development of cysts of jaws. The real report is the first stage of study of this question.

The jaw cysts do not often have clinical symptoms, or their manifestation do not have specific signs and X-ray is made sometimes in the late stage. Besides cases of malignization of the cysts are possible. On a sciagram rarefaction of bone is usually determined in a due form, reminding the inverted pear with clear scopes.

The roots of lateral chisel and dog-tooth are usually moved apart, the contours of periodontal crack are stored here. Thus, there is plenty of different clinical and morphological forms of cysts of jaws. They often flow there are not symptoms or their clinical picture does not have specific signs, and R-diagnosis quite often is conducted already in the started stage. In addition, the cases of malignant regeneration of cysts are possible.

Therefore questions of morphological preconditions of cyst development request future researches.

Key words: jaw cysts, diagnostics.

Стаття надійшла до редакції 20.05.2013 р.

Прийнято до друку 26.06.2013 р.

Рецензент – д. мед. н., проф. О. А. Виноградов.