

# Одонтогенные кисты челюстей

---

Учебное пособие

Под редакцией профессора Э.А. Базикина

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования»  
в качестве учебного пособия для использования в образовательном  
процессе образовательных организаций, реализующих программы  
высшего образования по специальности 31.05.03 «Стоматология»

Регистрационный номер рецензии 80 от 06 апреля 2017 года



Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2018

## 4. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Одонтогенные кисты — полостные образования, локализуемые внутри кости, имеющие соединительнотканную капсулу, выстланную изнутри многослойным плоским эпителием, и заполненные жидким или полужидким содержимым с кристаллами холестерина.

Полость одонтогенной кисты обычно заполнена жидкостью желтого цвета, опалесцирующей вследствие наличия в ней кристаллов холестерина, которые хорошо заметны в виде блесков при абсорбции их на поверхности марлевого тампона. Иногда полость кисты заполнена творожистой серо-белой массой.

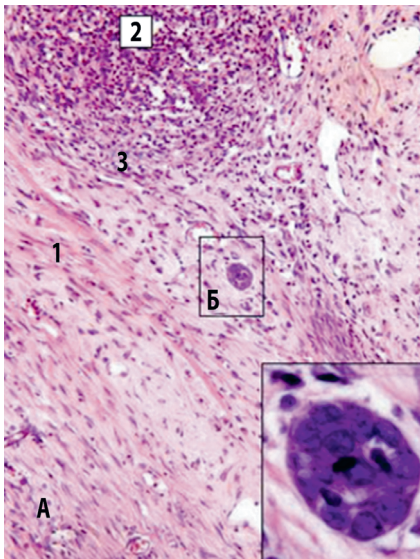
Эпителий, выстилающий полость кисты, происходит из остатков зубообразующей эпителиальной пластинки — эпителиальных островков Малассе или из эпителия зубного фолликула.

Островки Малассе представляют собой остатки эпителиального (гертвиговского) корневого влагалища и определяются вблизи цемента корня зуба, чаще в пришеечной и периапикальной областях. Они состоят из клеток, содержащих большое темное ядро, окруженное узким ободком цитоплазмы (рис. 4.1).

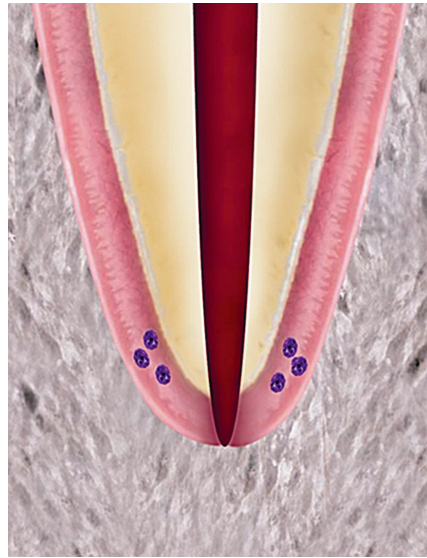
Одонтогенные кисты могут быть дизонтогенетическими и воспалительными. Спонтанная пролиферация одонтогенных эпителиальных островков, сохранившихся внутри челюстей, приводит к развитию дизонтогенетических одонтогенных кист. При образовании воспалительных кист пролиферация эпителиальных островков происходит в ответ на воспалительный процесс в периапикальных тканях.

В основе этиологии и патогенеза одонтогенных кист челюстей лежат различные факторы. Хронические воспалительные процессы в периапикальных тканях могут приводить к развитию радикулярных кист челюстей, поскольку такие образования находятся в прикорневой зоне.

В патогенезе развития радикулярной кисты выделяют три стадии — инициации, формирования кисты и ее роста. На стадии инициации происходят стимуляция и пролиферация эпителиальных клеток островков Малассе (рис. 4.2).



**Рис. 4.1.** А — общий вид ( $\times 200$ ). Б — эпителиальный островок Малассе ( $\times 1000$ ): 1 — периодонтальная связка; 2 — периапикальная гранулема; 3 — фиброзная капсула



**Рис. 4.2.** Схематичное изображение стадии инициации развития радикулярной кисты

Формирование кисты сопряжено с накоплением кистозной жидкости. Эта жидкость образуется из капиллярной сети гранулемы путем трансудации и экссудации жидкой части крови вследствие распада форменных элементов оболочки кисты. При этом воспалительные клетки выделяют кофакторы, лимфоциты — лимфокины, происходит активация остеокластиндуцирующего фактора и выделение моноцитами интерлейкина-1 (рис. 4.3).

Увеличение объема кисты в дальнейшем происходит за счет повышения внутреннего гидростатического давления при росте онкотического давления в полости кисты в связи с наличием в ней таких белковых макромолекул, как альбумин, глобулин, фибриноген. Десквамация клеток эпителиальной выстилки приводит к их аутолизу, а следовательно, к выбросу большого количества низкомолекулярных соединений, также способствующих росту в полости кисты осмолярного давления. Жидкость проникает в полость кисты за счет разности давления между содержимым кисты и плазмой крови. Внутри кисты жидкость задер-

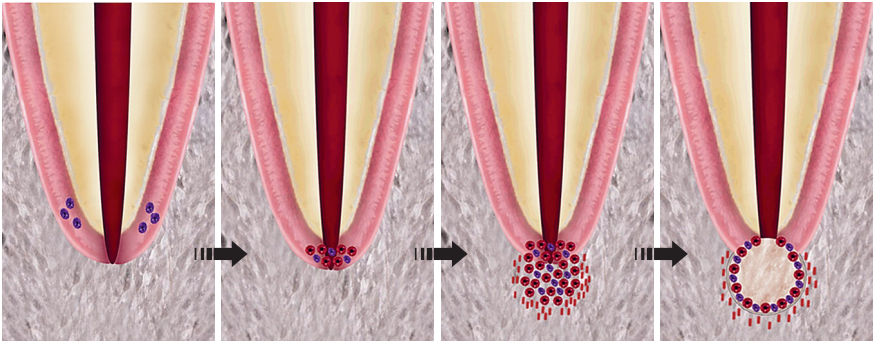


Рис. 4.3. Схематичное изображение роста радикулярной кисты

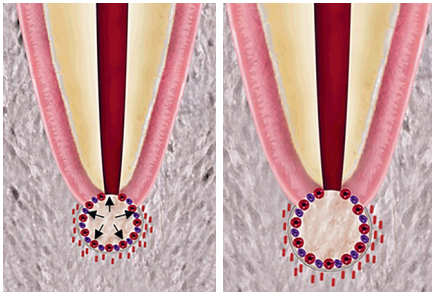


Рис. 4.4. Схематичное изображение роста кисты

живается, эпителий пролиферирует, окружающая кость подвергается резорбции — полость в кости увеличивается (рис. 4.4).

Направление роста кисты зависит от анатомических особенностей области, в которой она расположена. Увеличение кист нижней челюсти при локализации в области корней резцов, клыков и премоляров происходит чаще в вестибулярном направлении вследствие более тонкой вестибулярной пластинки (рис. 4.5).

В области моляров вследствие равномерного утолщения кортикальных пластинок с обеих сторон увеличение кисты происходит в медиодистальном направлении и книзу с возможным разрушением костной стенки

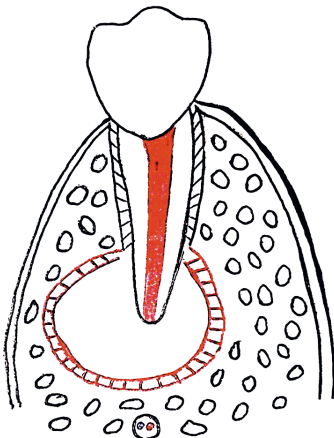
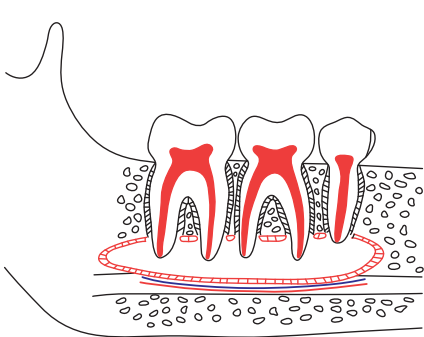


Рис. 4.5. Направление роста кисты в области резцов, клыков и премоляров нижней челюсти

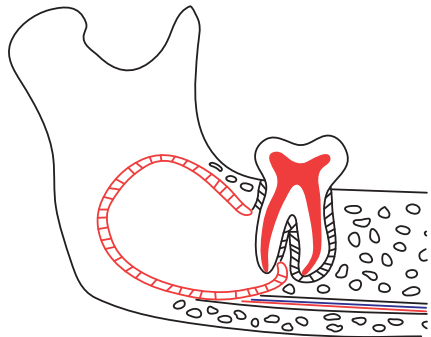
нижнечелюстного канала. Киста приобретает овоидную форму с возможным выбуханием в сторону преддверия полости рта (рис. 4.6).

При локализации в области корней зуба «мудрости» киста разрастается в направлении назад и вверх, разрушая угол и ветвь нижней челюсти (рис. 4.7).

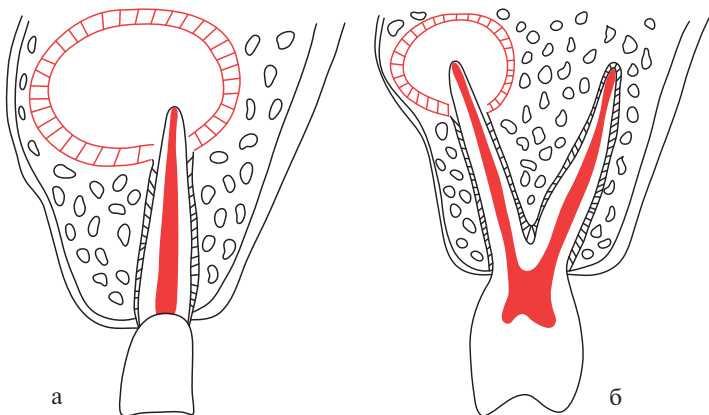
Кисты верхней челюсти, развивающиеся в области резцов и щечных корней первого премоляра и моляров, чаще разрастаются в вестибулярном направлении с разрушением наружной кортикальной пластинки (рис. 4.8).



**Рис. 4.6.** Направление роста кисты в области моляров нижней челюсти



**Рис. 4.7.** Направление роста кисты в области моляров нижней челюсти

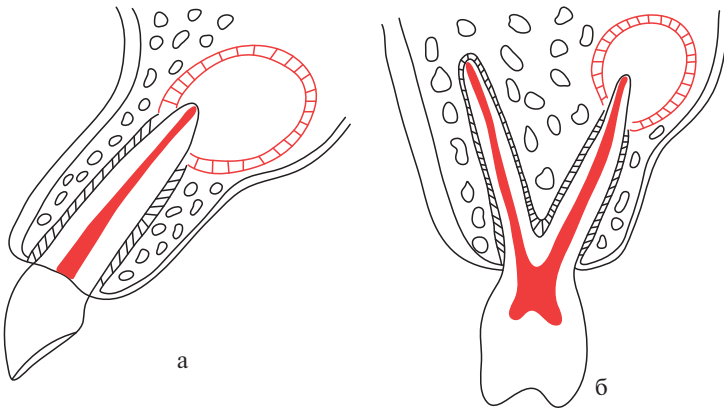


**Рис. 4.8.** Направление роста кисты в области резцов (а) и щечных корней моляров верхней челюсти (б)

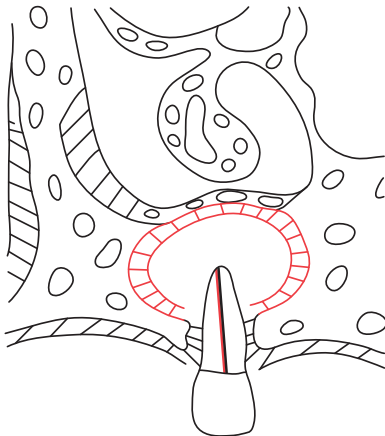
При локализации кист в области вершук корней клыков, нёбных корней первого премоляра и моляров верхней челюсти возможно разрушение кортикальной кости с нёбной стороны (рис. 4.9).

При локализации у корней центральных резцов верхней челюсти возможно поднятие вверх нижней стенки грушевидного отверстия с образованием на дне полости носа валика — валика Гербера (рис. 4.10).

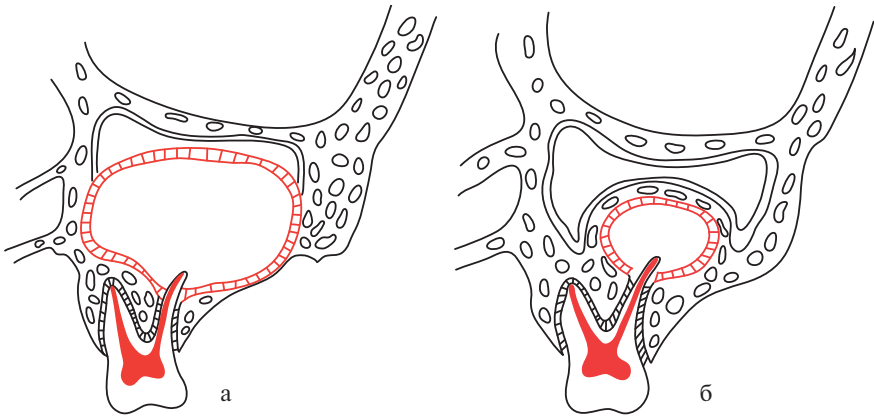
Кисты, локализуемые в области вершук корней премоляров и моляров, по мере роста могут прорасти в дно верхнечелюстного синуса или отодвигать его (рис. 4.11).



**Рис. 4.9.** Направление роста кисты в области клыков (а) и нёбных корней премоляров и моляров верхней челюсти (б)



**Рис. 4.10.** Направление роста кисты в области резцов верхней челюсти



**Рис. 4.11.** Направление роста кисты в области моляров верхней челюсти с прорастанием (а) и отдавливанием (б) дна верхнечелюстного синуса

Другой этиологический фактор для развития кист челюстей — пороки развития одонтогенного эпителия. Среди таких кист выделяют первичные (кератокисты), зубосодержащие (фолликулярные), кисты прорезывания и десневые кисты.

**Фолликулярная (зубосодержащая) киста** образуется в связи с нарушением развития зубного зачатка постоянного зуба из зубного мешка — скопления мезенхимальных клеток вокруг зубного органа, из которого формируются периодонт и цемент. Причина нарушения развития зубного зачатка — хронический периодонтит временных зубов, под действием которого происходит размножение эпителиальных клеток зубного мешка вокруг коронки непрорезавшегося зуба на любой стадии его развития. Именно поэтому в полости такой кисты могут быть рудиментарные или нормально развитые зубы. Если образование кисты началось до окончания формирования корня зуба, киста будет содержать коронку зуба, в то время как корень будет отсутствовать. Чаще формирование кисты начинается после окончания развития зуба. В этом случае киста содержит полностью сформированный корень.

**Парадентальные кисты (кисты прорезывания)** чаще всего формируются в ретромолярной области при нарушениях прорезывания третьих нижних моляров. В патогенезе парадентальной кисты образуется костный карман, выполненный фиброзной тканью и содержащий эпителиальные клетки. Воспалительный процесс стимулирует размножение эпителиальных клеток и образование небольших полостей.

Постепенно костный карман закрывается (устраняется сообщение с полостью рта). Эпителиальные полости изолируются и по мере роста сливаются в единую полость с образованием кисты.

По распространенности кисты челюстей занимают первое место среди одонтогенных образований. Кисты челюстей могут появляться у пациентов различного возраста. На верхней челюсти одонтогенные кисты челюстей встречаются в 3 раза чаще, чем на нижней.

**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 радикулярными.