

Клинические рекомендации

Корневые (радикулярные) кисты челюстей Остаточные (резидуальные) кисты челюстей

Коды по МКБ 10: **K04.80; K04.81**

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): **2019 (пересмотр каждые 3 года)**

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- **Стоматологическая Ассоциация России**

Оглавление

Оглавление	2
Ключевые слова	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация	6
1.1 Определение	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3 Эпидемиология.....	6
1.4 Кодирование по МКБ 10	6
1.5 Классификация	7
1.6 Клиническая картина	8
2. Диагностика	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	9
2.2 Физикальное обследование	10
2.3 Лабораторная диагностика.....	10
2.4 Инструментальная диагностика.....	10
2.5 Иная диагностика	11
3. Лечение.....	11
3.1 «Консервативное лечение»	11
3.2 Оперативное (хирургическое) лечение	12
3.3 Иное лечение	14
4. Реабилитация	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	14
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.....	14
7. Организация медицинской помощи	14
Критерии оценки качества медицинской помощи	15
Список литературы.....	16
Приложение А1. Состав рабочей группы	18
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	Ошибка! Закладка не определена.
Приложение В. Информация для пациентов	

Ключевые слова

- Радикулярная киста
- Резидуальная киста
- Корневая киста
- Цистэктомия
- Цистотомия
- Компьютерная томография

Список сокращений

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10

КТ – компьютерная томография

ЭОД – электроодонтодиагностика

МГКО - Международная гистологическая классификация опухолей.

Термины и определения

Компьютерная томография — рентгенологический метод получения различных срезов организма человека на любом уровне, основанный на сканировании объекта узким, в виде конуса пучком рентгеновских лучей и компьютерной реконструкцией полученного изображения.

Электроодонтометрия — метод определения жизнеспособности пульпы.

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

Цистотомия - метод, при котором удаляют переднюю стенку кисты, которую сообщают с преддверием или собственно полостью рта.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Корневые (радикулярные) кисты челюстей (K04.80) – это опухолевидные образование челюстей, которое представляет собой полость, оболочка которой состоит из наружного соединительнотканного слоя и внутреннего, выстланного преимущественно многослойным плоским эпителием [1,2,3,5,8]. Микроскопически оболочка корневой кисты состоит из фиброзной ткани, нередко с воспалительной круглоклеточной инфильтрацией, и выстлана неороговевающим многослойным эпителием [1,2,8,30,34].

Остаточные (резидуальные) кисты челюстей (K04.81) – это корневые кисты, которые остаются или рецидивируют после удаления зуба с корневой (радикулярной) кистой. Ее клинические и гистологические характеристики идентичны корневой кисте [1,2,3,5,8,27].

1.2 Этиология и патогенез

Корневая (радикулярная) киста может быть верхушечной (апикальной) и боковой, к этой группе также относят парадентальные и резидуальные (остаточные) кисты.

В основе развития кист лежит воспалительный процесс в периапикальной ткани. Кисты челюстей по частоте занимают 1-е место среди других одонтогенных образований. Они встречаются у лиц разного возраста, образуются на верхней челюсти в 3 раза чаще, чем на нижней. [1,2,12,13,14,33].

Корневая (радикулярная) киста возникает при наличии хронического воспалительного процесса в периапикальной ткани зуба, который способствует формированию гранулематозной формы хронического периодонтита. При этом гранулемы различают двух типов: простые (неэпителиальные) и сложные (эпителиальные). Сложная (эпителиальная) гранулема содержит включения — эпителий островков Малассе периодонтальной связки. Под действием воспаления эпителий активизируется и начинает пролиферировать. При этом с течением времени образуются замкнутые щели и полости, заполняемые белковой жидкостью с кристаллами холестерина, секретируемой эпителиальными клетками. Количество жидкости увеличивается, вызывая рост гидростатического давления внутри кисты, которое, воздействуя на окружающую костную ткань, приводит к ее компрессионному рассасыванию [1,4,6,7,18,25]. Таким образом, радикулярная киста увеличивается за счет роста внутрикистозного гидростатического давления [1,2,9,16,18,20,29].

1.3 Эпидемиология

Корневые (радикулярные) кисты составляют 94-96% среди одонтогенных кист челюстей, выявляющихся у взрослых. Обнаруживаются как у мужчин, так и у женщин. Преимущественно возникают в возрасте от 20 до 45 лет. Это связано с тем, что в данном возрастном периоде зубы наиболее часто поражаются кариозным процессом, осложненным воспалительными изменениями в периапикальных тканях. Наиболее частая локализация радикулярных кист на верхней челюсти, реже – на нижней. Несмотря на современные консервативные методики лечения, нуждаемость в хирургическом лечении одонтогенных кист не уменьшается [1,2,3,22,24,33].

1.4 Кодирование по МКБ 10

Корневая киста (K04.8):

K04.80 Корневая киста. Апикальная и боковая

К04.81 Корневая киста. Остаточная

1.5 Классификация

1.5.1 Классификация ВОЗ (1971):

А. Эпителиальные эволюционные кисты

1. Одонтогенные кисты:

- перинатальная киста;
- десневая киста взрослых;
- первичная (примордиальная) киста; - киста прорезывания;
- фолликулярная киста;
- периодонтальная боковая киста;
- кератокиста

2. Неодонтогенные кисты:

- киста резцового канала;
- небная срединная киста;
- глобуломаксиллярная киста;
- срединная киста нижней челюсти;
- носогубная киста

В. Одонтогенные кисты воспалительного происхождения:

- радикулярная киста;
- резидуальная киста;
- парадентальная киста

1.5.2 Международная гистологическая классификация опухолей МГКО (серии №5) (Маланчук, Копчак, 2008):

А. Неэпителиальные кисты

- аневризмальная;
- простая костная киста

Б. Эпителиальные кисты эволюционного происхождения (пороки развития челюстей и зачатков зубов)

Одонтогенные

- фолликулярная;
- кератокиста (первичная);
- киста прорезывания;
- гингивальная

Неодонтогенные

- киста резцового канала;
- глобуломаксиллярная;
- параальвеолярная (нозолабильная)

В. Эпителиальные кисты воспалительного происхождения

Радикулярные кисты

- от молочного зуба;
- от постоянного зуба

1.5.3 Классификация МКБ 10:

К04.8 Корневая киста

К04.80 Корневая киста. Апикальная и боковая

К04.81 Корневая киста. Остаточная

К04.82 Корневая киста. Воспалительная парадентальная

К04.89 Корневая киста не уточненная

1.6 Клиническая картина

Клинически корневую кисту, как правило, обнаруживают в области разрушенного или леченого зуба, а иногда внешне интактного, но ранее подвергавшегося травме; реже — в области удаленного зуба. Растет 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 деформации участка челюсти за счет вздутия [1,2,5,8,21,28,31,34].

В случае возникновения кисты от зуба, корень которого обращен в сторону нёба, наблюдается истончение и даже рассасывание нёбной пластинки. Киста, развивающаяся в границах верхнечелюстной и носовой полостей, распространяется в их сторону.

Если корень зуба верхней или нижней челюстей расположен чрезвычайно близко к наружной поверхности альвеолярного отростка, альвеолярной части, и покрыт истонченной компактной пластинкой. При развитии хронического воспалительного процесса тонкая костная пластинка быстро разрушается, и гранулема располагается непосредственно под надкостницей. Если в данной области формируется радикулярная киста, то ее рост происходит также под надкостницей. При этом дефекта в кости либо вообще не образуется, либо формируется незначительное полусферическое вдавление. Рентгенологически разрежение костной ткани в таких случаях может не определяться. Такая разновидность радикулярной кисты называется субпериостальной.

При осмотре выявляют сглаженность или выбухание переходной складки свода преддверия полости рта округлой формы с довольно четкими границами.

При локализации на нёбе 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.

ЭОД интактных зубов, расположенных в зоне кисты, выявляет снижение электровозбудимости [1,2,5,16,19,25].

Имеются некоторые особенности проявлений клинической картины при локализации радикулярных кист на нижней и верхней челюстях. Так, нижняя челюсть имеет уплощенную форму и при достижении кистой определенных клинически значимых размеров последовательно развиваются все характерные симптомы: вначале деформация участка нижней челюсти за счет вздутия, затем при истончении компактной пластинки - симптом «проламывания» (Дюпюитрена), а впоследствии, при разрушении компактной пластинки, клинически определяемый дефект и флюктуация.

При локализации же на верхней челюсти радикулярная киста по мере увеличения распространяется в сторону наименьшего сопротивления — в направлении полости носа (локализация во фронтальном отделе верхней челюсти), либо в направлении верхнечелюстной пазухи (при локализации в боковом отделе верхней челюсти), а затем в направлении твердого нёба. Это объясняется тем, что костная ткань и компактная пластинка в большей степени истончены со стороны полостей носа и верхнечелюстной пазухи по сравнению с компактной пластинкой наружной поверхности верхней челюсти. Именно поэтому, распространяясь в направлении кверху и кнутри, радикулярные кисты могут даже при достижении значительных размеров клинически не проявляться, так как нередко деформации наружной поверхности челюсти не происходит. Такие кисты выявляют случайно при рентгенологическом обследовании, либо при воспалении или нагноении.

По отношению к полостям носа или верхнечелюстной пазухи кисты могут занимать следующее положение: прилегать, оттеснять или проникать. Это достоверно определяется по результатам рентгенологического или КТ-исследования.

Также нередко кисту диагностируют при нагноении ее содержимого, когда развивается воспаление окружающих тканей по типу периостита; иногда может наблюдаться онемение нижней губы вследствие вовлечения в острый воспалительный процесс нижнего альвеолярного нерва. При формировании кисты на верхней челюсти возможно хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи [1,2,21,23,28,34].

2. Диагностика

Диагноз корневой кисты является клиническим и устанавливается на основании визуального осмотра и рентгенологических методов исследования.

Рентгенологическая картина корневой кисты характеризуется наличием очага разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами. В полость кисты обращен корень «причинного» зуба. Взаимоотношение корней соседних зубов с кистозной полостью может варьировать. Если корни вдаются в полость кисты, то 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 [26,27].

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 ее патологическому перелому.

Растущая в сторону дна носа киста вызывает разрушение костной стенки. Расположенная в границах верхнечелюстной пазухи киста имеет разное соотношение с ее дном. Сохранение неизмененного 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 клинико-рентгенологической картины обычно не вызывает затруднений. В сомнительном случае проводят пункцию кисты и цитологическое исследование содержимого. Однако пункция кистовидного новообразования возможна лишь в тех случаях, когда костная стенка значительно истончена или разрушена. [1,2,8,22,24,25].

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы больных при корневых (радикулярных) кистах могут отсутствовать, так как протекают бессимптомно, а ее обнаружение — это нередко случайная находка при рентгенологическом обследовании зубов во время их лечения.

В других случаях жалобы сводятся к наличию деформации челюсти или свищевого хода на альвеолярном отростке, части челюсти. При возникновении воспалительных явлений и нагноении кист ухудшается общее состояние, появляются симптомы интоксикации и другие признаки воспалительного процесса (боли, отеки и гиперемия слизистой оболочки). Поэтому нередко кисты выявляются при нагноении. Сдавление сосудисто-нервного пучка на нижней челюсти может вызывать симптом Венсана (парестезию нижней губы) [1,2,21,23,28].

Жалобы пациентов на деформацию лица могут возникнуть, при наличии кист во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей. При локализации кист в области центральных резцов верхней челюсти, разрушающих альвеолярный отросток в сторону

носовой полости, можно обнаружить валик Гербера — деформацию в области нижнего носового хода, выявляемую при риноскопии [1,2,19,33].

2.2 Физикальное обследование

Медицинские услуги для физикального обследования в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 2)

При осмотре определяют и оценивают:

— состояние слизистой оболочки полости рта, ее целостность, цвет, увлажненность, наличие патологических изменений;

— состояние кожи губ и приротовой области, наличие патологических изменений.

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают форму лица, выявляют наличие отека, деформации или других патологических изменений.

Осмотр лимфатических узлов головы и шеи проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

2.3 Лабораторная диагностика

Медицинские услуги для лабораторной диагностики в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 2).

Лабораторные показатели при диагностики корневых (радикулярных) и остаточных (резидуальных) кистах челюстных костей без изменений.

Проведение диагностической пункции и последующего цитологического исследования неинформативно. Подтверждается данными лучевых методов исследования: рентгенография, КТ по данным которых определяется участок разрежения костной ткани с четкими, ровными контурами, округлой формы.

Окончательный диагноз устанавливают на основании данных патогистологического исследования. Микроскопически оболочка корневой кисты состоит из фиброзной ткани, нередко с воспалительной круглоклеточной инфильтрацией, и выстлана неороговевающим многослойным эпителием.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.4 Инструментальная диагностика

Медицинские услуги для инструментальной диагностики в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 2)

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.4.1. Перкуссия. При перкуссии «причинного» зуба возникает тупой звук.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.4.4. Метод электроодонтодиагностики (ЭОД) при корневых (радикулярных) кистах рекомендован для выявления интактных зубов, расположенных в зоне кисты. Метод основан на измерении электровозбудимости пульпы, определяется снижение

электровозбудимости интактных зубов, расположенных рядом с кистой, в связи с постоянным давлением содержимого кисты на апексы зубов.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии. В норме показатели порогового возбуждения пульпы составляет 2-6 мкА.

2.4.5. Рентгенологическое исследование рекомендуется для определения состояния периапикальных областей и твердых тканей зуба.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 1)

Рентгенологическая картина корневой кисты характеризуется наличием очага разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами. В полость кисты обращен корень «причинного» зуба.

2.5 Иная диагностика

Медицинские услуги для иной диагностики в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 4).

2.5.1. Дифференциальная диагностика. Дифференцируют радикулярную и резидуальную кисты с другими одонтогенными и неодонтогенными кистами, а также с кистозной формой амелобластомы на основании следующих отличительных особенностей:

- *зубосодержащая киста* связаны с шейкой ретинированного или сверхкомплектного зуба; коронка которого проецируется на область кисты;
- *кератокиста* не имеет связи с зубами; распространяется по длиннику челюсти; не вызывая её деформации; часто имеет неправильные контуры (полигональные); локализуется в области тела нижней челюсти; её полость заполнена кератиновыми массами;
- *амелобластома (кистозная форма)* чаще локализуется в области тела и ветви нижней челюсти; имеет неправильные контуры; не связана периодонтом с зубами. Корни зубов, контактирующих с амелобластомой, могут подвергаться рассасыванию;
- *киста резцового канала* локализуется во фронтальном участке верхней челюсти; строго по центру; не имеет генетической связи с зубами; периодонтальные щели корней зубов сохранены.
- *хронический гранулематозный периодонтит* рентгенологический размер менее 1 см
- *хронический остеомиелит* наличие свища с гнойным отделяемым и выбухающими грануляциями, наличие секвестров на рентгенограммах.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

3. Лечение

3.1 «Консервативное лечение»

Антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия при воспалении, нагноении и в послеоперационном периоде.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.1.1. Другие виды лечения

Эндодонтическое лечение «причинного зуба».

Наложение шин (для профилактики патологического перелома при обширных кистах).

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.2 Оперативное (хирургическое) лечение

Местная анестезия; премедикация (по показаниям); наркоз (по показаниям); удаление зубов (по показаниям).

3.2.1 Цистэктомия - радикальная операция, при которой проводят полное удаление оболочки кисты с ушиванием раны. Показаниями к цистэктомии служат: киста, являющаяся пороком развития одонтогенного эпителия; небольших размеров киста, расположенная в зубосодержащих областях челюсти в пределах 1-2 интактных зубов; 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; 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 прилежающих к ней. 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 культя не выдерживает нагрузки и быстро расшатывается. Многокорневой зуб, как правило, сохранить не удастся (вследствие непроходимости каналов), и его удаляют.

Операцию проводят под проводниковым и инфльтрационным обезболиванием. На вестибулярной поверхности альвеолярного отростка или части 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. 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. 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 удается 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 или остеопластическим материалом [1,2,5,8,19,25,30].

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 возникновение аппозиционного роста кости, в результате чего происходит постепенное уплощение и уменьшение полости, вплоть до ее почти полного исчезновения. Операция менее сложна, не травматична, легче переносится больными, однако длительно сохраняется послеоперационный дефект, за которым необходим гигиенический уход.

Показания к цистотомии: киста, в полость которой проецируется 3 интактных зуба и более, на рентгенограмме у корней последних не определяется периодонтальная щель; большие кисты верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и небной пластинки; 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 ослизнется 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 [1,2,5,8,19,25,30].

Пластическая цистэктомия - операция, при которой удаляют полностью оболочку кисты, однако рану не ушивают, а образовавшуюся полость, после вворачивания слизисто-надкостничного лоскута тампонируют йодоформной марлей. Операция также может быть исходом цистэктомии, осложнившейся нагноением [1,2,5,8,19,25,30].

Ороназальная цистэктомия и ороназальная цистотомия - операции применяют при кистах, проникающих в верхнечелюстную пазуху или оттесняющих ее в случае хронического верхнечелюстного синусита.

При *ороназальной цистэктомии* полость костного дефекта после удаления оболочки кисты широко соединяют с полостью верхнечелюстной пазухи так, чтобы не было перегородок и поднутрений.

Ороназальную цистотомию применяют при наличии нескольких интактных зубов, проецирующихся на область кисты, и при лечении больных с сопутствующими

заболеваниями. Суть ороназальной цистотомии заключается в том, что оболочку кисты удаляют лишь на участке, который контактирует со слизистой оболочкой дна верхнечелюстной пазухи. Таким образом, соединяют полости кисты и верхнечелюстной пазухи в единую полость. Это соединение также должно быть широким, без перегородок и поднатурений. Как при ороназальной цистэктомии, так и при ороназальной цистотомии осуществляют ревизию верхнечелюстной пазухи. При наличии полипозных разрастаний или иных патологических изменений слизистой оболочки пазухи показано удаление измененных участков. Решение вопроса о создании соустья с нижним носовым ходом решают индивидуально. Такое соустье необходимо для дренирования пазухи при утрате значительных участков функционально полноценной слизистой оболочки. В случаях если слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи по большей части не изменена и сохраняет функцию мукоцилиарного транспорта, наложение искусственного соустья нецелесообразно, а полость дренируется естественным путем через антрохоанальное соустье [1,2,5,8,19,25,30].

Уровень убедительности А (уровень достоверности доказательств – 1)

3.3 Иное лечение

Не предусмотрено.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

4. Реабилитация

После проведенного лечения необходима санация полости рта, рациональное протезирование. Динамическое наблюдение, клиническое обследование и рентгенологический контроль через месяц после лечения и раз в 6 месяцев.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Наиболее эффективным методом профилактики образования радикулярных и резидуальных кист челюстей является своевременное лечение хронического гранулематозного периодонтита и регулярное посещение врача-стоматолога с целью динамического наблюдения, клинического обследования и рентгенологического контроля.

Снижение употребления углеводистой пищи.

Мероприятия общеукрепляющей профилактики: здоровый образ жизни, устранение вредных привычек; закаливание организма; высокая физическая активность; санитарно-просветительная работа.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

6.1 Воспаление и нагноение радикулярной; резидуальной кисты

При нагноении кисты – полость её вскрывают, дренируют. Решение вопроса о дальнейшем лечении принимают после устранения острых воспалительных явлений.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

7. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с радикулярными (корневыми) и резидуальными (остаточными) кистами челюстей проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, в отделениях и кабинетах взрослой хирургической стоматологии, в многопрофильных и специализированных челюстно-лицевых стационарах, стационарах одного дня.

Оказание помощи больным с радикулярными (корневыми) и резидуальными

(остаточными) кистами челюстей осуществляется в основном врачами хирургами, терапевтами, ортопедами – стоматологами, челюстно-лицевыми хирургами. В процессе оказания помощи принимают участие средний и младший медицинский персонал.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Группа заболеваний или состояний радикулярные (корневые); резидуальные (остаточные) кисты челюстей

Код/коды по МКБ-10 K04.80; K04.81

Нозологические формы: радикулярные (корневые); резидуальные (остаточные) кисты челюстей

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь; скорая медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно, в условиях многопрофильных и специализированных челюстно-лицевых стационарах, в стационарах одного дня

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Отсутствие кистовидного образования при рентгенологическом контроле	III (3)	A
2	Восстановление функции жевания	III (3)	B
3	Возникновение осложнений на этапах лечения	III (3)	B

Список литературы

1. Челюстно-лицевая хирургия. Учебник. / Под ред. Дробышева А.Ю., Янушевича О.О.. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Аснина С.А. Одонтогенные кисты челюстей: учебное пособие. – М.: Практическая медицина, 2012. – 72 с.
3. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Зуев В.П. Оперативное лечение кист челюстей с использованием гидроксилатапата ультравысокой дисперсности // Стоматология. – 1998. - № 1. – С. 33-35.
4. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд. – Витебск: Белмедицина, 1998. – 416 с.
5. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В.П. Лучевая диагностика одонтогенных и неодонтогенных кист // Лучевая диагностика в стоматологии / А.Ю. Васильев, Ю.И. Воробьев, В.П. Трутень. – М.: Медика, 2007. – Гл. 9. – 345-347 с.
6. Воробьев Ю.И., Трутень В.П. Рентгенологическая картина кист и некоторых кистоподобных новообразований нижней челюсти // Стоматология. – 1994. - № 1. – С. 21-24.
7. Кайзеров Е.В., Холин А.В., Чибисова М.А., Зубарева А.А. Дифференциальная клиничко-рентгенологическая характеристика различных типов одонтогенных кист челюстно-лицевой области. Лучевая диагностика и терапия. 2018; 1: 11-23. DOI: 10.22328/2079-53432018-9-1-11-23
8. Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н., Лузина В.В. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей // Стоматология. – 2007. – № 3. – С. 51-53.
9. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей // Стоматология. – 1993. – № 3. – С. 26-27.
10. Иванов И.В. Кисты челюстей и их лечение // Новое в стоматологии. Сб. научных трудов Юга России. – 2000. – 152-157 с.
11. Камалов И.И., Ямашев И.Г., Шакирова А.Т. Современные аспекты клиничко-рентгенологической и компьютерно-томографической диагностики одонтогенных кист и результатов их лечения // Казанский мед. журнал. – 2001. - № 1. – С. 64-66.
12. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Предраковые состояния, опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи. – М.: МИА, 1993. – 202 с.
13. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. – М.: МИА, 2004. – 232 с.
14. Кулаков А.А., Рабухина Н.А., Адонина О.В. Диагностические возможности компьютерной томографии в изучении одонтогенных кист, проросших в полость верхнечелюстных пазух // Стоматология. – 2005. - № 1. – С. 36-40.
15. Лепилин А.В. Стоматология (хирургическая стоматология): учебное пособие / Под ред. В.В. Трофимова, Н.А. Молоканова, М.Н. Пузина. – М.: Медицина, 2003. – 560 с.
16. Мирсаева Ф.З. Хирургическое лечение одонтогенных кист с применением трансплантатов // Новое в стоматологии. – 1999. - № 1. – С. 11-12.
17. Михайлова А.Б., Чергештов Ю.И., Лузина В.В. Лечение кист челюстей // Cathedra. 2009, - № 30-31. – С. 29-33.
18. Соловьев М.М., Семенов Г.М., Галецкий Д.В. Оперативное лечение одонтогенных кист. – Изд-во СПб: Спецлит, 2004. – 128 с.
19. Стоматология детей и подростков. Одонтогенные кисты / Пер. с англ.; Под ред. Р.Е. Мак-Дональда, Д.Е. Эйвери. – М.: МИА, 2003. – 448 с.

20. Трутень В.П. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности гидроксиапатита с коллагеном при лечении пародонтита и радикулярных кист // Стоматология. – 1995. – Т.74. - № 2. – С. 34-36.
21. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – 4-е издание. – М.: ОАО Медицина, 2010. – 688 с.
22. Agaram N.R., Collins B.M., Barnes L. Molecular analysis to demonstrate that odontogenic keratocysts are neoplastic. Arch. Pathol. Lab. Med. 2004. P. 128: 313-317.
23. Anneroth G. el-Hejj G. Odontogenic keratocysts-a retrospective clinical and histologic study. Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 1996. Apr. № 25(2): 124-9.
24. Guerrissi JO.- Giant cells mandibular lesion: surgical treatment with preservation of the dentition. J Craniofac Surg. 2013 Jul;24(4):1394-6. doi: 10.1097/SCS.0b013e31829501d3. Head Department of Plastic Surgery, Argerich Hospital, Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013 Aug;116(2):e141-8. 2013.04.021.
25. Hamamoto Y., Nakajima T., Ozawa H. Ultrastructural and histochemical study on the morphogenesis of epithelial rests of Malassez. Arch. Histol. Cytol. 1989; 52:61-70.
26. Hayashi M., Ohshima T., Ohshima M. et al. Profiling of radicular cyst and odontogenic keratocyst cytokine production suggests common growth mechanisms. J. Endod. 2008 Jan; 34(1): 14-21.
27. Kurdekar RS, Prakash J, Rana AS, Kalra P. - Non-syndromic odontogenic keratocysts: A rare case report. Natl J Maxillofac Surg. 2013 Jan;4(1):90-3.
28. Lee BD, Lee W, Lee J, Son HJ.- Eosinophilic granuloma in the anterior mandible mimicking radicular cyst. Department of Oral and Maxillofacial Radiology and Wonkwang Dental Research Institute, College of Dentistry, Wonkwang University, Iksan, Korea. Imaging Sci Dent. 2013 Jun;43(2):117-22. doi: 10.5624/isd.2013.43.2.117. Epub 2013 Jun 14.
29. Morgan T.A., Burton C.C., Qian F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2005; 63: 635-639.
30. Ochsenius G., Escobar E., Godoy L. et al. Odontogenic Cysts: Analysis of 2.994 cases of Chile. Med. Oral. Pathol. Oral. Cir Bucal. 2007; 12: E85-91.
31. Peterson L.I., Ellis E. III, Hupp I.B., Tucker M.B. Oral and maxillofacial surgery. – 1938. – Mosby. – 797 p.
32. Prabhat MP, Deshpande P, Gummadapu S, Babburi S, Chintamaneni RL, Sujanamulk B. Dual lesions: a diagnostic dilemma. Department of Oral Medicine and Radiology, Dr. Sudha and Nageswara Rao Siddhartha Institute of Dental Sciences, Chinnaoutpalli, Krishna District, Gannavaram, Andhra Pradesh 521286, India. Case Rep Dent. 2013;2013. Epub 2013 Jul 18.
33. Scalas D, Roana J, Boffano P, Mandras N, Gallezio C, Amasio M, Banche G, Allizond V, Cuffini AM. - Bacteriological findings in radicular cyst and keratocystic odontogenic tumour fluids from asymptomatic patients. Department of Public Health and Pediatrics, University of Torino, Via Santena 9, 10126 Turin, Italy. J Clin Diagn Res. 2013 Sep;7(9):1999-2000. Epub 2013 Sep 10.
34. Stoelinga P.J.W. The treatment of odontogenic keratocysts by excision of the overlying, attached mucosa, enucleation, and treatment of the bony defect with Carnoy solution. Oral.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. А.Ю. Дробышев
2. И.Ю. Чаусская
3. В.В.Лузина
4. А.А. Митерев
5. В.М. Михайлюков
6. А.Н. Кузнецов
7. А.А. Бирюлев

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-стоматологи хирурги
2. Челюстно-лицевые хирурги
3. Врачи-стоматологи терапевты

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности	Источник доказательств
I (1)	Проспективные рандомизированные контролируемые исследования Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных Крупные мета-анализы Как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование Репрезентативная выборка пациентов
II (2)	Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных Несколько исследований с небольшим количеством пациентов Хорошо организованное проспективное исследование когорты Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне Результаты не презентативны в отношении целевой популяции Хорошо организованные исследования «случай-контроль»
III (3)	Нерандомизированные контролируемые исследования Исследования с недостаточным контролем Рандомизированные клинические исследования с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками Ретроспективные или наблюдательные исследования Серия клинических наблюдений Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию
IV (4)	Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии, экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Описание	Расшифровка
A	Рекомендация основана на	Метод/терапия первой линии;

	высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
B	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуется мониторирование побочных явлений
C	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i> нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов
D	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой	Не рекомендовано

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр раз в 3 года.

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Алгоритм действий врача при корневых (радикулярных), остаточных (резидуальных) кистах челюстей

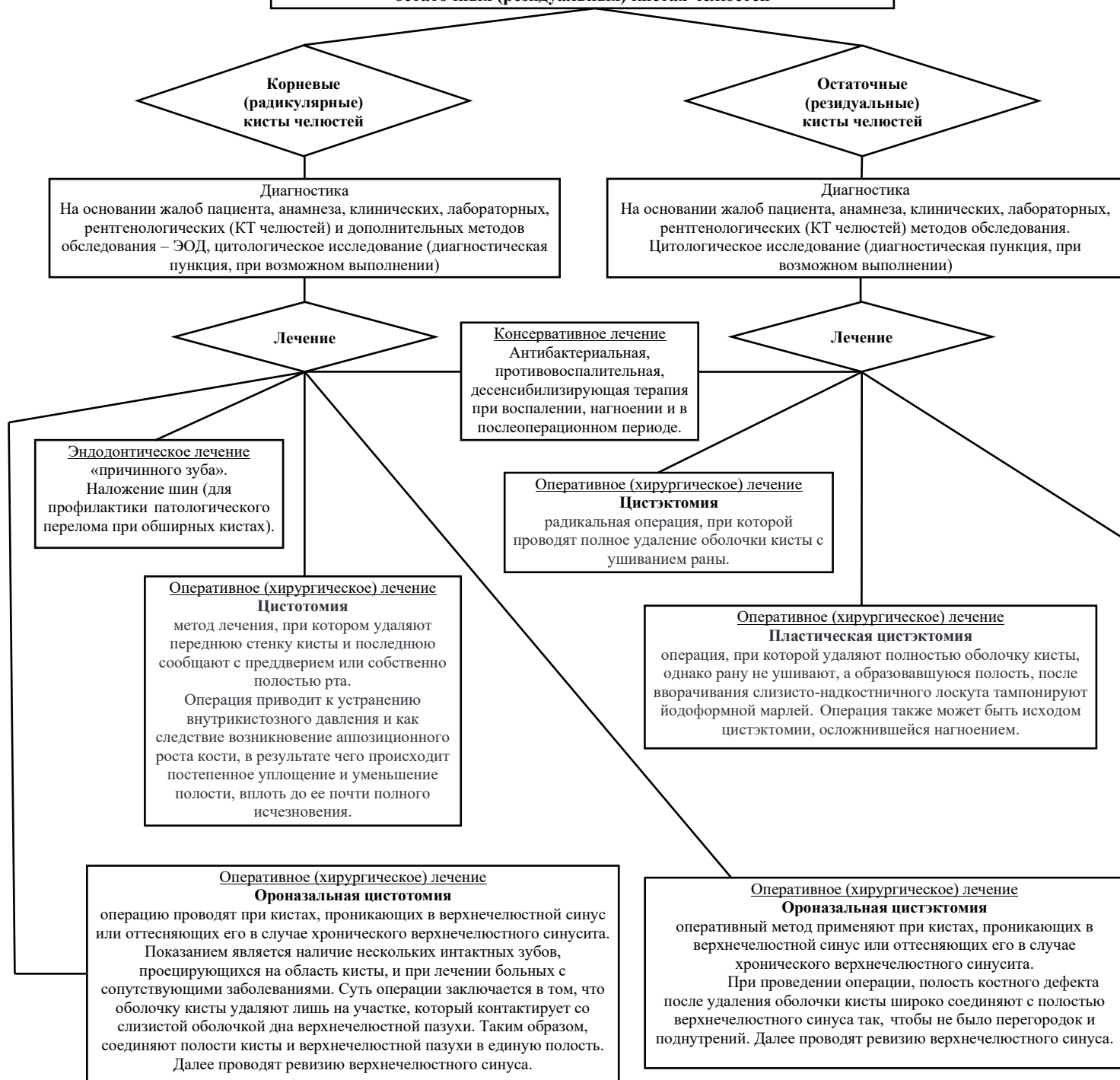


Табл. 2 Перечень медицинских услуг для лечения рецидивирующего вывиха и подвывиха.

Код	Наименование	Частота предоставления
A11.07.009	Пункция кисты полости рта	По необходимости
A14.07.003	Гигиена полости рта и зубов	1
A16.07.007	Резекция верхушки корня	По необходимости
A16.07.016	Дренирование абсцесса полости рта и зубов	По необходимости
A16.07.018	Цистотомия или цистэктомия	1
A16.07.067	Пластика альвеолярного отростка верхней челюсти	По необходимости

Немедикаментозная помощь направлена на:

- Удаление кист челюстей и «причинных» зубов, при наличии;
- Патоморфологическое исследование материала;
- Эндодонтическое лечение зубов при подготовке к оперативному лечению;
- Вскрытие и дренирование воспалительных очагов при нагноении кист челюстей;
- Коррекция прикуса с использованием съемных и несъемных ортопедических конструкций;

Физиотерапевтическое лечение:

Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ);
Воздействие магнитными полями;

Медикаментозное лечение

Антибактериальные препараты по показаниям;
Антигистаминные препараты;
Нестероидные противовоспалительные препараты;
Анальгетики;
Антисептические растворы;
Кератопластики

Хирургическое лечение:

Цистотомия;
Цистэктомия;
Пластическая цистэктомия;
Ороназальная цистэктомия;
Ороназальная цистотомия;
Вскрытие и дренирование воспалительных очагов при нагноении кист челюстей.

Приложение В. Информация для пациента

Своевременное использование методов ортопедического и ортодонтического лечения, строгое выполнение пациентом рекомендаций врача.