

Секции СтАР «Ассоциация челюстно - лицевых хирургов и  
хирургов - стоматологов»

**Клинический протокол медицинской помощи при кистах челюстей**

*Утвержден на:*  
заседании Секции СтАР «Ассоциация  
челюстно - лицевых хирургов и хирургов -  
стоматологов» 21 апреля 2014 года

Москва 2014 год

## **Оглавление**

1. Методология
2. Определение
3. Принципы диагностики
4. Дифференциальный диагноз
5. Методы хирургического лечения
6. Профилактика осложнений
7. Реабилитация
8. Алгоритм (схема) диагностики и лечения
9. Необходимая квалификация специалистов
10. Список литературы
11. Состав рабочей группы.

## **Состав рабочей группы:**

Чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. Кулаков А.А. (директор ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»)

Профессор Неробеев А.И. (руководитель Центра челюстно-лицевой хирургии ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»)

Профессор Рогинский В.В. (руководитель центра для детей-инвалидов с врожденными и приобретенными дефектами лица и черепа ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ»).

Профессор Бельченко В. А. (зав. кафедрой Стоматологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Профессор. Дробышев А.Ю. (зав. кафедрой госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И.Евдокимова")

Профессор Топольницкий О.З. (зав. кафедрой детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И.Евдокимова")

Профессор Иванов С.Ю. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и имплантологии хирургии ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава России, президент секции СТАР "Ассоциации хирургов- стоматологов и челюстно-лицевых хирургов")

Профессор Медведев Ю.А. (зав. кафедрой госпитальной хирургической стоматологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)

Профессор Никитин А.А. (зав. кафедрой челюстно - лицевой хирургии и хирургической стоматологии ФУВ МОНИКИ)

Профессор Дурново Е. А. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава России)

Профессор Минкин А.У. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет Минздрава России»)

Профессор Сысолятин П. Г.(зав. кафедрой стоматологии ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России)

Профессор Байриков И. М. (зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России)

Профессор. Лепилин А. В. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО СГМУ)

Профессор. Яременко А.И. (зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ СПбГМУ)

Д.м.н. Брайловская Т.В. (ответственный секретарь профильной комиссии по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»).

## 1. Методология

**Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:** поиск в электронных базах данных.

**Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:** доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, PUBMED и фонды ЦНМБ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Глубина поиска составляла 10 лет.

**Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:** консенсус специалистов, оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

**Рейтинговая схема для оценки сил рекомендаций (Таблица 1):**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок.
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок.
1-	Мета-анализы систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок.
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи.
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффекта смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи.
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи.
3	Неаналитические исследования (описание случаев, серии)

	случаев)
4	Мнение экспертов

**Методы, использованные для анализа доказательств:**

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Описание методов, использованных для анализа доказательств:**

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, то в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов.

На процессе оценки несомненно сказывается субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е., по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

**Таблицы доказательств:** таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:** консенсус экспертов.

## Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 2).

Сила	Описание
А	По меньшей мере, 1 мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов.
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+.
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, как 2++.
Д	Доказательства уровня 3 или 4, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+.

### Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Point – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

### Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикаций по ресурсоемкости лечения не анализировались.

### Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

### Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили

прокомментировать, прежде всего, то, на сколько, интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Полученные комментарии со стороны врачей первичного звена в отношении доходчивости изложения и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия также была направлена рецензентам, не имеющим медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив реабилитации пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался и, вносимые в результате этого изменения в рекомендации, регистрировались. Если изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесенных изменений.

#### **Консультация и экспертная оценка:**

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России для того, чтобы специалисты не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

#### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендаций были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

## **Корневая киста К 04.8**

### **2. Определение**

Корневая киста – это опухолевидное образование челюстей, которое представляет собой полость, оболочка которой состоит из наружного соединительнотканного слоя и внутреннего, выстланного преимущественно многослойным плоским эпителием. В основе развития кисты лежит воспалительный процесс в периапикальной ткани. Она может быть:

1. апикальной (периодонтальной);
2. периапикальной;
3. остаточной корневой.

### **3. Принципы диагностики**

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

### **4. Необходимые дифференциально-диагностические исследования:**

- жалобы;
- сбор анамнеза;
- оценка местного статуса;
- оценка соматического статуса;
- рентгенологическое обследование лицевого скелета, в том числе внутриротовая;
- патоморфологическое исследование биопсийного материала (по показаниям).



**Дифференциальный диагноз** проводят с:

- амелобластомой;
- фолликулярной кистой;
- кератокистой;
- гигантоклеточной гранулемой центральной;
- фиброзной дисплазией;
- костной гемангиомой;
- мягкой одонтомой;
- хондромой;
- остеомой;
- злокачественными опухолями челюстей;
- хроническим одонтогенным остеомиелитом;
- хроническим одонтогенным гайморитом.

## **5. Лечение**

### ***Терапевтическое лечение***

У однокорневых зубов, вызвавших развитие корневой кисты, пломбируют каналы или удаляют по показаниям.

Многочорневые зубы, как правило, вследствие непроходимости каналов, удаляют, или, по возможности, пломбируют каналы.

У зубов, прилежащих к кисте, при отсутствии реакции на ток при ЭОД, пломбируют каналы (лечатся эндодонтически).

### **Методы хирургического лечения**

- Местная анестезия;
- Премедикация (по показаниям);
- Наркоз (по показаниям);
- Удаление зубов (по показаниям);
- Цистэктомия;

Цистотомия;  
Ороназальная цистэктомия;  
Ороназальная цистотомия;  
Пластическая цистэктомия;  
Двухэтапная операция.

## **6. Профилактика осложнений**

Антибиотикотерапия (по показаниям);  
Обезболивающие препараты (по показаниям).

## **7. Реабилитация**

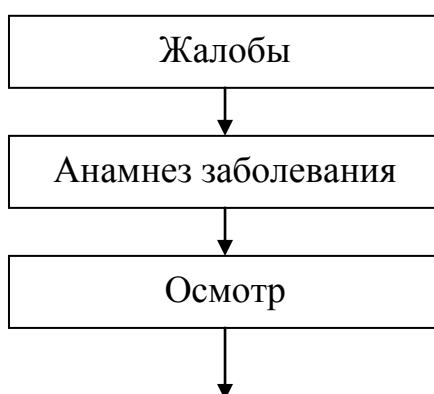
*Пребывание в стационаре:*

- Койко-день до лечения – 1-2 дня.
- Койко-день после операции – 5-7 дней.

*Активное наблюдение после лечения* (в условиях поликлиники у хирурга-стоматолога):

- в течение 1 месяца после лечения и через 6 месяцев;
- при цистотомии, пластической цистэктомии и двухэтапной операции – в течение 0,5-1,5 лет.

## **8. Алгоритм (схема) диагностики и лечения**





### **9. Необходимая квалификация специалистов**

1. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 1-го года.
2. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях в челюстно-лицевой области.
3. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
4. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
5. Способность работать в команде со специалистами (терапевт-стоматолог, анестезиолог-реаниматолог, ортопед-стоматолог) и сотрудничество с другими службами (страховой компанией).

### **K09 Кисты области рта, не классифицированные в других рубриках**

Включено:

поражения с гистологическими особенностями аневризматической кисты и другого фиброзно-костного поражения.

Исключено:

корневая киста (K04.8)

## **К09.0 Кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов**

### **2. Определение**

Киста: это опухолевидное образование челюстей, которое представляет собой полость

- **содержащая зубы** – развивается из эмалевого органа непрорезавшегося зуба;

- **при прорезывании зубов** - формируется из эпителия слизистой альвеолярного отростка челюсти при затрудненном прорезывании жевательной группы зубов у детей. При этом образуется шарообразное образование в области прорезывания зуба;

- **фолликулярная** – развивается при прорезывании зубов и является пороком развития эмалевого органа;

- **десны** - это образование на десне, заполненное жидкостью;

-**боковая периодонтальная** - врожденная одонтогенная киста, образуется вблизи корня зуба, обычно сбоку от него, выстлана неороговевающим эпителием. Источник кисты — остатки эпителия зубной пластинки.

**Рудиментарная** – врожденная одонтогенная киста

**Роговая киста** - врожденная эпителиальная киста

### **3. Принципы диагностики**

Диагноз кисты, образовавшейся в процессе формирования зубов, является клиническим и устанавливается на основании визуального осмотра, рентгенологических методов исследования.

### **4. Необходимые дифференциально-диагностические исследования:**

- жалобы;

- сбор анамнеза;

- оценка местного статуса;
- оценка соматического статуса;
- рентгенологическое обследование лицевого скелета, в том числе внутриротовая;
- патоморфологическое исследование биопсийного материала (по показаниям).

**Дифференциальный диагноз** проводят с:

- амелобластомой;
- радикулярной кистой;
- кератокистой;
- гигантоклеточной гранулемой центральной;
- фиброзной дисплазией;
- костной гемангиомой;
- мягкой одонтомой;
- хондромой;
- остеомой.
- злокачественными опухолями челюстей;
- хроническим одонтогенным остеомиелитом;
- хроническим одонтогенным гайморитом.

## **5. Методы хирургического лечения**

- Местная анестезия;
- Премедикация (по показаниям);
- Наркоз (по показаниям);
- Удаление зубов (по показаниям);
- Цистэктомия;
- Цистотомия;
- Двухэтапная операция.

## **6. Профилактика осложнений**

Антибиотикотерапия (по показаниям);

Обезболивающие препараты (по показаниям).

## **7. Реабилитация**

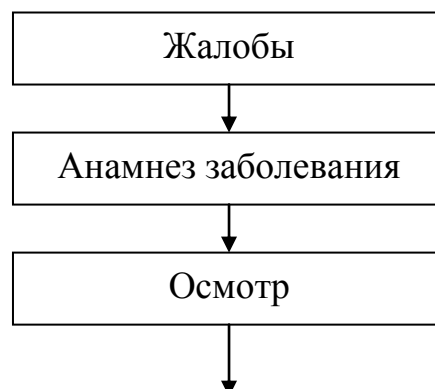
*Пребывание в стационаре:*

- Койко-день до лечения – 1-2 дня.
- Койко-день после операции – 5-7 дней.

*Активное наблюдение после лечения* (в условиях поликлиники у хирурга-стоматолога):

- в течение 1 месяца после лечения и через 6 месяцев;
- при цистотомии и двухэтапной операции – в течение 0,5-1,5 лет.

## **8. Алгоритм (схема) диагностики и лечения**







↓  
Холод

Холод

## **9. Необходимая квалификация специалистов**

1. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 1-го года.
2. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях в челюстно-лицевой области.
3. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
4. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
5. Способность работать в команде со специалистами (терапевт-стоматолог, анестезиолог-реаниматолог, ортопед-стоматолог) и сотрудничество с другими службами (страховой компанией).
- 6.

### **К09.1 Ростовые (неодонтогенные) кисты области рта**

#### **1. Определение**

**Киста:**

- **глобуломаксиллярная** - (верхнечелюстной пазухи) возникает из эпителия на месте соединения межчелюстной кости с верхней челюстью, содержит желтоватую жидкость без холестерина;

- **канала резца** - развивается киста резцового канала из эмбриональных остатков эпителия носонебного канала, который представляет собой эпителизированную трубку, находящуюся в костном резцовом канале, связывающем дно носовой полости с полостью рта. Кисты резцового канала могут развиваться в любом отрезке канала, но чаще возникают в нижних его отделах;

- **средненебная** - нёбные кисты новорожденных, или жемчужины Эпштейна, образуются из эпителиальных включений вдоль линии слияния нёбных пластинок. Кисты представляют собой небольшие (1-3 мм) желто-белые бугорки вдоль нёбного шва, особенно часто располагающиеся в месте соединения твердого и мягкого нёба. При гистологическом исследовании обнаруживается, что данные кисты заполнены кератином;

- **носонебная** - врождённая киста, образуется из остатков плоского или дыхательного эпителия в резцовом канале;

- **небная сосочковая** – эпителиальная киста, которая расположена в области небного сосочка.

### **3. Принципы диагностики**

Диагноз ротовой (неодонтогенной) кисты области рта является клиническим и устанавливается на основании визуального осмотра и рентгенологических методов исследования.

### **4. Необходимые дифференциально-диагностические исследования:**

- жалобы;
- сбор анамнеза;
- оценка местного статуса;
- оценка соматического статуса;

- рентгенологическое обследование лицевого скелета, в том числе внутриротовая (по показаниям);
- патоморфологическое исследование биопсийного материала (по показаниям).

**Дифференциальный диагноз** проводят с:

- амелобластомой;
- радикулярной кистой;
- фолликулярной кистой;
- кератокистой;
- гигантоклеточной гранулемой центральной;
- фиброзной дисплазией;
- костной гемангиомой;
- мягкой одонтомой;
- хондромой;
- остеомой.
- злокачественными опухолями челюстей;
- хроническим одонтогенным остеомиелитом;
- хроническим одонтогенным гайморитом;
- фибромой слизистой оболочки полости рта;
- папилломой слизистой оболочки полости рта

## **5. Методы хирургического лечения**

- Местная анестезия;
- Премедикация (по показаниям);
- Наркоз (по показаниям);
- Удаление зубов (по показаниям);

Цистэктомия.

Динамическое наблюдение

## **6. Профилактика осложнений**

Антибиотикотерапия (по показаниям);

Обезболивающие препараты (по показаниям).

## **7. Реабилитация**

*Пребывание в стационаре:*

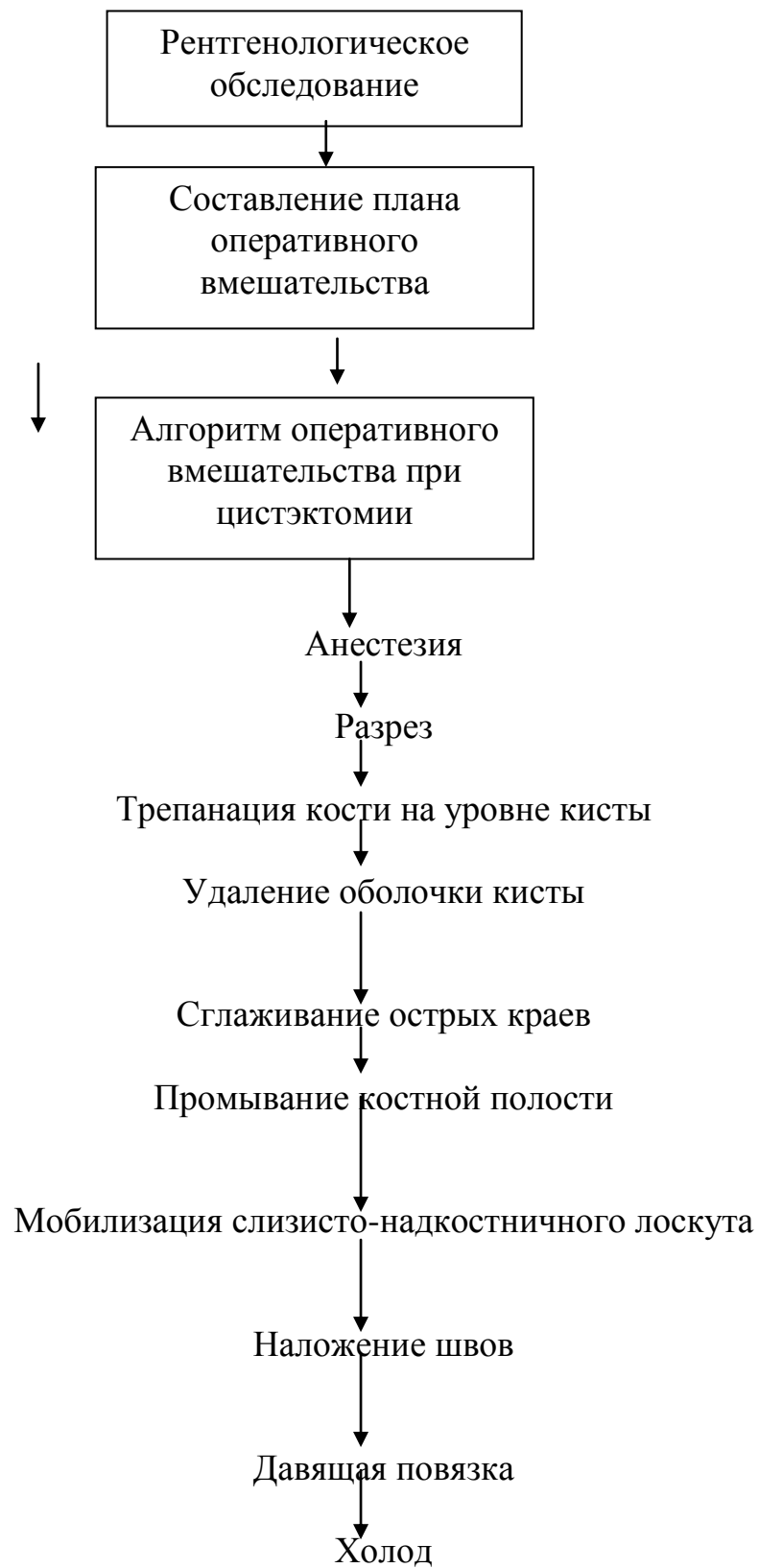
- Койко-день до лечения – 1-2 дня.
- Койко-день после операции – 5-7 дней.

*Активное наблюдение после лечения* (в условиях поликлиники у хирурга-стоматолога):

- в течение 1 месяца после лечения и через 6 месяцев.

## **8. Алгоритм (схема) диагностики и лечения**





## **9. Необходимая квалификация специалистов**

1. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 1-го года.
2. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях в челюстно-лицевой области.
3. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
4. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
5. Способность работать в команде со специалистами (терапевт-стоматолог, анестезиолог-реаниматолог, ортопед-стоматолог) и сотрудничество с другими службами (страховой компанией).

## **К09.2 Другие кисты челюстей**

### **2. Определение**

#### **Киста челюсти:**

- **аневризматическая** - относится к неэпителиальным кистам. Возникает обычно в области интактных зубов на нижней челюсти в предпубертатном и пубертатном возрасте. Она представляет собой полость, иногда многополостное образование, заполненное кровью, геморрагической жидкостью или быть без содержимого. Костная полость кисты обычно выстлана оболочкой из фиброзной ткани, лишенной эпителия, и содержит остеобласты и остеокласты;
- **геморрагическая** - это посттравматическая киста, связана с механической травмой, полость ее заполнена кровью;
- **травматическая** – расположена в костной ткани челюстей и связана с травмой.

### **3. Принципы диагностики**

Диагноз – другие кисты челюстей является клиническим и устанавливается на основании визуального осмотра и рентгенологических методов исследования.

### **4. Необходимые дифференциально-диагностические исследования:**

- жалобы;
- сбор анамнеза;
- оценка местного статуса;
- оценка соматического статуса;
- рентгенологическое обследование лицевого скелета;
- патоморфологическое исследование биопсийного материала (по показаниям).

**Дифференциальный диагноз** проводят с:

- амелобластомой;
- радикулярной кистой;
- фолликулярной кистой;
- кератокистой;
- гигантоклеточной гранулемой центральной;
- фиброзной дисплазией;
- костной гемангиомой;
- мягкой одонтомой;
- хондромой;
- остеомой.
- злокачественными опухолями челюстей;
- хроническим одонтогенным остеомиелитом;
- хроническим одонтогенным гайморитом;

## **5. Методы хирургического лечения**

Местная анестезия;  
Премедикация (по показаниям);  
Наркоз (по показаниям);  
Удаление зубов (по показаниям);  
Цистэктомия;  
Цистотомия;  
Ороназальная цистэктомия;  
Ороназальная цистотомия;  
Пластическая цистэктомия;  
Двухэтапная операция.

## **6. Профилактика осложнений**

Антибиотикотерапия (по показаниям);  
Обезболивающие препараты (по показаниям).



## 7. Реабилитация

### *Пребывание в стационаре:*

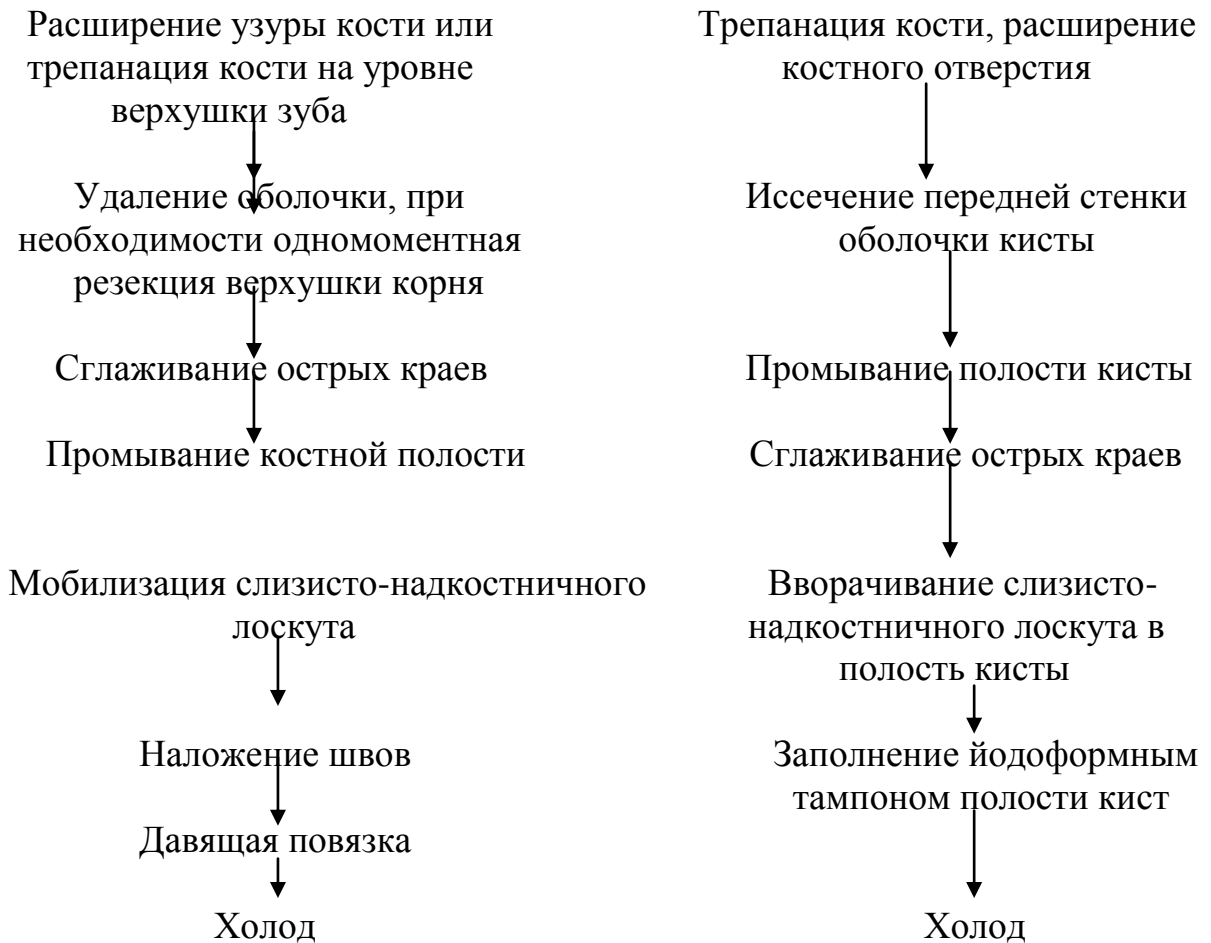
- Койко-день до лечения – 1-2 дня.
- Койко-день после операции – 5-7 дней.

*Активное наблюдение после лечения* (в условиях поликлиники у хирурга-стоматолога):

- в течение 1 месяца после лечения и через 6 месяцев;
- при цистотомии, пластической цистэктомии и двухэтапной операции – в течение 0,5-1,5 лет.

## 8. Алгоритм (схема) диагностики и лечения





## 9. Необходимая квалификация специалистов

1. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 1-го года.
2. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях в челюстно-лицевой области.
3. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
4. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
5. Способность работать в команде со специалистами (терапевт-стоматолог, анестезиолог-реаниматолог, ортопед-стоматолог) и сотрудничество с другими службами (страховой компанией).

## **К09.8 Другие уточненные кисты области рта, не классифицированные в других рубриках**

### **2. Определение**

- **Жемчужина Эпштейна; или нёбные кисты новорожденных**, образуются из эпителиальных включений вдоль линии слияния нёбных пластинок. Кисты представляют собой небольшие (1-3 мм) желто-белые бугорки вдоль нёбного шва, особенно часто располагающиеся в месте соединения твердого и мягкого нёба. При гистологическом исследовании обнаруживается, что полость кисты заполнена кератином;

- **носоальвеолярная киста** – врожденная киста мягких тканей, расположенная на границе верхней челюсти и крыла носа;

- **носогубная киста** — врождённая киста мягких тканей, локализуемая в верхней губе в области клыка и латерального резца;

- **дермоидная киста полости рта** - образуется в результате порока развития и формирования лица в местах сращения у эмбриона лобного, верхнечелюстных и нижнечелюстных бугров. Дермоидная киста представляет собой полостное образование с толстой оболочкой, заполненное кашицеобразной массой грязно-белого цвета с неприятным запахом. Содержимое кисты состоит из слущившегося эпидермиса, продуктов выделения сальных, потовых желез и волосяных фолликулов, иногда с наличием волос;

- **эпидермоидная киста полости рта** - встречается в двух видах: не содержащая зуба (подобно окологорневой кисте) и содержащая (окружающая) коронку непрорезавшегося зуба (подобно фолликулярной кисте). Стенки кисты выстланы эпидермисом, а содержимое состоит из кашицеобразной массы, состоящей из распада клеток эпителия, роговых масс, кристаллов холестерина;

**- лимфоэпителиальная киста полости рта** - представляет собой инкапсулированную дермальную или подслизистую папулу, исходящую из остатков эпителия, попавших в лимфоидную ткань и подвергшихся кистозному перерождению. При образовании лимфоэпителиальной кисты из дегенерировавшей ткани второй жаберной дуги её называют шейной лимфоэпителиальной кистой, или кистой жаберной щели.

При гистологическом исследовании лимфоэпителиальная киста выстлана многослойным плоским эпителием, редко — цилиндрическим или кубическим и окружена фиброзной соединительнотканной капсулой. В центральной части кисты отмечают лимфоидные скопления с выраженным центром роста. Киста заполнена вязкой жёлтой жидкостью, что обусловлено содержащимся в ней сыровидным роговым веществом.

### **3. Принципы диагностики**

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

### **4. Необходимые дифференциально-диагностические исследования:**

- жалобы;
- сбор анамнеза;
- оценка местного статуса;
- оценка соматического статуса;
- рентгенологическое обследование лицевого скелета, в том числе внутриротовая (по показаниям);
- патоморфологическое исследование биопсийного материала (по показаниям);
- ультразвуковое исследование мягких тканей лица (по показаниям).

**Дифференциальный диагноз** проводят с:

- амелобластомой;
- радикулярной кистой;
- фолликулярной кистой;
- кератокистой;
- гигантоклеточной гранулемой центральной;
- фиброзной дисплазией;
- костной гемангиомой;
- мягкой одонтомой;
- хондромой;
- остеомой;
- абсцесс челюстно-язычного желобка;
- рак слизистой дна полости рта;
- хронический поднижнечелюстной сиалоаденит;
- хронический лимфаденит;
- злокачественными опухолями челюстей;
- хроническим одонтогенным остеомиелитом;
- фибромой слизистой оболочки полости рта;
- папилломой слизистой оболочки полости рта

## **5. Методы хирургического лечения**

Местная анестезия;

Премедикация (по показаниям);

Наркоз (по показаниям);

Хирургическое удаление кист.

Динамическое наблюдение

## **6. Профилактика осложнений**

Антибиотикотерапия (по показаниям);

Обезболивающие препараты (по показаниям).

## 7. Реабилитация

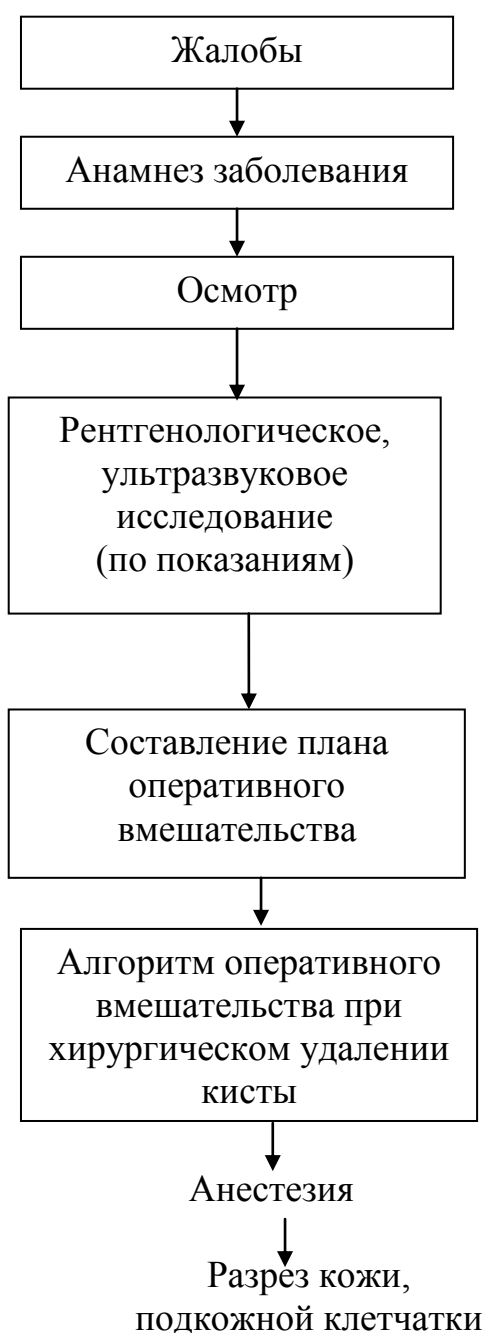
### *Пребывание в стационаре:*

- Койко-день до лечения – 1-2 дня.
- Койко-день после операции – 5-7 дней.

*Активное наблюдение после лечения* (в условиях поликлиники у хирурга-стоматолога):

- в течение 1 месяца после лечения и через 6 месяцев;

## 8. Алгоритм (схема) диагностики и лечения





## **9. Необходимая квалификация специалистов**

1. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 1-го года.
2. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях в челюстно-лицевой области.
3. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
4. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
5. Способность работать в команде со специалистами (терапевт-стоматолог, анестезиолог-реаниматолог, ортопед-стоматолог) и сотрудничество с другими службами (страховой компанией).

## **К10.1 Гигантоклеточная гранулема центральная**

### **2. Определение**

Эта гранулёма состоит из веретеновидных мезенхимальных клеток и агрегатов гигантских многоядерных клеток, имеющая многокамерное строение. Имеется склонность к озлокачествлению.

### **3. Принципы диагностики**

Диагноз гигантоклеточной гранулемы центральной является клиническим и устанавливается на основании визуального осмотра, рентгенологических методов исследования.

### **4. Необходимые дифференциально-диагностические исследования:**

- жалобы;
- сбор анамнеза;
- оценка местного статуса;
- оценка соматического статуса;
- рентгенологическое обследование лицевого скелета;
- патоморфологическое исследование биопсийного материала (по показаниям).

**Дифференциальный диагноз** проводят с:

- амелобластомой;
- радикулярной кистой;
- фолликулярной кистой;
- кератокистой;
- фиброзной дисплазией;
- костной гемангиомой;
- мягкой одонтомой;
- хондромой;



- остеомой.
- злокачественными опухолями челюстей;
- хроническим одонтогенным остеомиелитом;

## **5. Методы хирургического лечения**

- Шинирование челюстей при наличии зубов (по показаниям);
- Изготовление ортопедических конструкций при отсутствии зубов (по показаниям);
- Местная анестезия;
- Премедикация (по показаниям);
- Наркоз (по показаниям);
- Удаление зубов (по показаниям);
- Удаление опухоли в пределах здоровых тканей (по показаниям);
- Удаление опухоли с резекцией челюсти и одномоментной костной пластикой (по показаниям).

## **6. Профилактика осложнений**

- Антибиотикотерапия (по показаниям);
- Обезболивающие препараты (по показаниям).

## **7. Реабилитация**

### ***Пребывание в стационаре:***

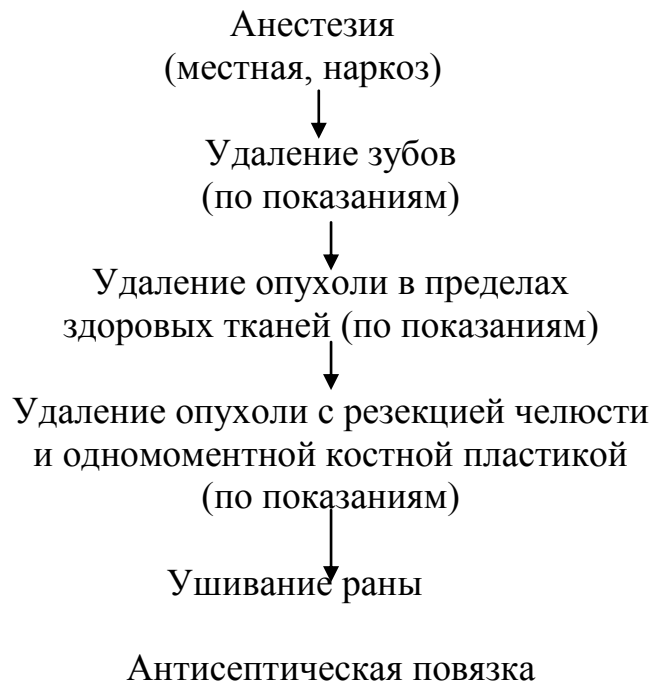
- Койко-день до лечения – 1-2 дня.
- Койко-день после операции при удалении опухоли в пределах здоровых тканей – 7-8 дней.
- Койко-день после операции удаления опухоли с резекцией нижней челюсти – 10-12 дней.

***Активное наблюдение после лечения*** (в условиях поликлиники у хирурга-стоматолога):

- после операции при удалении опухоли в пределах здоровых тканей – в течение 2-х недель и через 6 месяцев;
- после операции удаления опухоли с резекцией нижней челюсти – 2,5-3 месяца и через 6 месяцев.

## 8. Алгоритм (схема) диагностики и лечения





## **9. Необходимая квалификация специалистов**

1. Наличие сертификата челюстно-лицевого хирурга и опыт работы в профильном отделении не менее 2-х лет.
2. Регулярная хирургическая нагрузка в операциях в челюстно-лицевой области.
3. Участие в отечественных и международных научно-практических конференциях по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
4. Плановое непрерывное медицинское образование, прохождение курсов повышения квалификации.
5. Способность работать в команде со специалистами (терапевт-стоматолог, анестезиолог-реаниматолог, ортопед-стоматолог) и сотрудничество с другими службами (страховой компанией).

**Хирургические методы лечения кист челюстей  
и полости рта (Таблица 3)**

Вид кисты	Хирургические методы лечения	Сила рекомендации
1. Корневая киста	Цистэктомия Цистотомия Ороназальная цистэктомия Ороназальная цистотомия Пластическая цистэктомия Двухэтапная операция	С
2. Кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов	Цистэктомия Цистотомия Двухэтапная операция	С
3. Ростовые (неодонтогенные) кисты области рта	Цистэктомия↓ Динамическое наблюдение (для средненебных кист или жемчужин Эпштейна)	С
4. Другие кисты челюстей	Цистэктомия Цистотомия Ороназальная цистэктомия Ороназальная цистотомия Пластическая цистэктомия Двухэтапная операция	С
5. Другие уточненные кисты области рта, неклассифицированные в других рубриках	Хирургическое удаление кист Динамическое наблюдение (жемчужины Эпштейна или небные кисты новорожденных)	С
6. Гигантоклеточная гранулема центральная	Удаление опухоли в пределах здоровых тканей Удаление опухоли с резекцией челюсти и одномоментной костной пластикой	С

## 10. Список литературы

1. Аснина С.А. Одонтогенные кисты челюстей: учебное пособие. – М.: Практическая медицина, 2012. – 72 с.
2. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Зуев В.П. Оперативное лечение кист челюстей с использованием гидроксилалюмината ультравысокой дисперсности // Стоматология. – 1998. - № 1. – С. 33-35.
3. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд. – Витебск: Белмедицина, 1998. – 416 с.
4. 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.
5. Воробьев Ю.И., Трутень В.П. Рентгенологическая картина кист и некоторых кистоподобных новообразований нижней челюсти // Стоматология. – 1994. - № 1. – С. 21-24.
6. Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н., Башилова Р.А. Одонтогенная первичная киста (кератокиста) челюстей // Стоматология. – 1986. – № 1. – С. 41-45.
7. Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н., Лузина В.В. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей // Стоматология. – 2007. – № 3. – С. 51-53.
8. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей // Стоматология. – 1993. – № 3. – С. 26-27.
9. Иванов И.В. Кисты челюстей и их лечение // Новое в стоматологии. Сб. научных трудов Юга России. – 2000. – 152-157 с.
10. Камалов И.И., Ямашев И.Г., Шакирова А.Т. Современные аспекты клинико-рентгенологической и компьютерно-томографической диагностики одонтогенных кист и результатов их лечения // Казанский мед. журнал. – 2001. - № 1. – С. 64-66.

11. 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.
12. 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.
13. Кац А.Г., Скородумова Д.А., Дорофеев Д.А. К вопросу о патогенезе кератокист челюстей // Российский стоматологический журнал. – 2003. - № 1. – С. 4-6.
14. Кератокисты челюстей. – М.: Издательство БИНОМ, 2011. – 136 с.
15. 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.
16. Лепилин А.В. Стоматология (хирургическая стоматология): учебное пособие / Под ред. В.В. Трофимова, Н.А. Молоканова, М.Н. Пузина. – М.: Медицина, 2003. – 560 с.
17. Мирсаева Ф.З. Хирургическое лечение одонтогенных кист с применением трансплантатов // Новое в стоматологии. – 1999. - № 1. – С. 11-12.
18. Михайлова А.Б., Чергештов Ю.И., Лузина В.В. Лечение кератокист челюстей // Cathedra. 2009, - № 30-31. – С. 29-33.
19. Рогинский В.В., Лапшин С.Д., Рабухина Н.А. Кератокисты челюстей у детей и подростков с синдромом Горлина // Стоматология. – 1999. - № 3. – С. 63-67.
20. Соловьев М.М., Семенов Г.М., Галецкий Д.В. Оперативное лечение одонтогенных кист. – Изд-во СПб: Спецлит, 2004. – 128 с.

21.                   Стоматология детей и подростков. Одонтогенные кисты / Пер. с англ.; Под ред. Р.Е. Мак-Дональда, Д.Е. Эйвери. – М.: МИА, 2003. – 448 с.
22.                   Трутень В.П. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности гидроксиапатита с коллагеном при лечении пародонтита и радикулярных кист // Стоматология. – 1995. – Т.74. - № 2. – С. 34-36.
23.                   Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – 4-е издание. – М.: ОАО Медицина, 2010. – 688 с.
24.                   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.
25.                   Anneroth G. el-Hejj G. Odontogenic keratocysts-a retrospective clinical and histologic study. Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 1996. Apr. № 25(2): 124-9.
26.                   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.
27.                   Hamamoto Y., Nakajama T., Ozawa H. Ultrastructural and histochemical study on the morphogenesis of epithelial rests of Malassez. Arch. Histol. Cytol. 1989; 52:61-70.
28.                   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.
29.                   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.
30.                   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.

31. 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.

32. 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.

33. Peterson L.I., Ellis E. III, Hupp I.B., Tucker M.B. *Oral and maxillofacial surgery.* – 1938. – Mosby. – 797 p.

34. 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.

35. Scalas D, Roana J, Boffano P, Mandras N, Gallesio 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.

36. 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.*



