

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Злоякісні пухлини голови та шиї. Сучасні методи реабілітації”, м. Чернівці, 2012 рік

УДК 611-616.3:617

Д.С. Аветіков, І.В. Яценко, Н.А. Соколова

ЩОДО ПИТАННЯ УПОРЯДКУВАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ КІСТ ЩЕЛЕП

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Резюме. Робота присвячена порівняльній характеристиці класифікацій кіст щелеп. Вивчаючи це питання, автори, у першу чергу, поставили перед собою мету знайти оптимальний варіант класифікації кіст щелеп з урахуванням, передусім, інтересів практичної стоматології.

Проаналізувавши великий обсяг літератури, зроблено висновок, що на теперішній час немає єдиної думки щодо питання класифікації кіст щелеп, хоча цією проблемою займаються багато авторів.

Вступ. Кісти щелеп є досить поширеною патологією. Слід зазначити, що операції, які виконують хірурги-стоматологи на амбулаторному прийомі з приводу кіст щелеп, посідають одне з перших місць після операції видалення зуба [1, 4].

За статистикою, радикалярна кіста діагностується у 84-96 % випадків від усього кістоутворення в щелепах. Серед пацієнтів, які проходять лікування в стоматологічних стаціонарах, хворі з навколокореневими кістами становлять близько 8 % [6].

Фолікулярна кіста трапляється у 84-96% випадків і частіше спостерігається в дитячому та юнацькому віці, у період прорізування постійних зубів [1, 3, 9]. Парадентальна кіста розвивається в 5 % випадків [2, 5]. Зубовміщуюча кіста спостерігається тільки в дітей у період змінного прикусу і становить 5,95 % цього вікового контингенту [6, 9]. Кератокіста щелеп становить від 5,4 % до 17,4 % з усіх одонтогенних кіст [3, 7].

На жаль, молоді лікарі, які пройшли первинну спеціалізацію, але не володіють достатнім клінічним досвідом не завжди можуть проконсультуватися з досвідченими колегами з приводу правильного діагнозу пацієнтів із даною патологією [2, 8]. Сьогодні існує більше тридцяти класифікацій кіст щелеп і дуже складно віддати перевагу одній конкретній. Отримати ж необхідну інформацію з джерел літератури часто буває складно. По-перше, у підручниках і посібниках для лікарів, матеріал, присвячений класифікаціям кіст щелеп, викладається або коротко, або без посилання на джерела інформації. По-друге, монографії, присвячені цій проблемі, давно стали бібліографічною рідкістю [2, 7].

Мета дослідження. Знайти оптимальний варіант класифікації кіст щелеп з урахуванням, насамперед, інтересів практичної стоматології.

Матеріал і методи. У нашій клініці обстежено і проліковано 215 пацієнтів із кістами ще-

леп. На наш погляд, на сьогодні найбільш прийнятна класифікація кіст щелеп залишається класифікація кіст, запропонована колективом авторів на чолі з І.І. Єрмолаєвим (1975). Класифікація, з одного боку, враховує інтереси практичної стоматології, а з іншого – відповідає запитам наукової медицини.

Ключові слова: фолікулярна кіста, кіста прорізування, кіста різцевого каналу, класифікація кіст щелеп.

леп. Для класифікування, діагностики та диференціальної діагностики застосовувалися: рентгенографія, комп'ютерна томографія, МРТ, кольорове дуплексне сканування, термографія, аналітичний огляд літератури, ретроспективний аналіз клінічної документації.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі проведеного огляду літератури нами встановлено, що всі класифікації мають суперечливі позиції, однією з класифікацій кіст є класифікація Лімберга (Львів, 1939):

1. Навколозубні кісти: навколокоронкові і апікальні.
2. Травматичні кісти.
3. Холестеатоми.
4. Кісти різцевого каналу.

За класифікаціями Євдокимова (1964) і Колесова (1964) виділяються два види кіст:

1. Радикалярні (навколокореневі).
2. Фолікулярні (навколокоронкові).

Ці дві класифікації дуже спрощені. Вони не охоплюють усього розмаїття кіст щелеп. А найголовніше, автори розглядають кісти як пухлини, а не пухлиноподібні нозологічні одиниці.

Іншою, дуже успішною, вважається морфологічна класифікація одонтогенних пухлин за Єрмолаєвим (1964). Автор всі одонтогенні новоутворення поділяє на три основні групи: епітеліальні, сполучнотканинні і змішані. Кожна з цих груп має свої підгрупи.

І. Одонтогенні утворення епітеліальної природи:

1. Одонтогенні кісти запального походження: радикалярні, зубовміщуючі, парадентальні.
2. Одонтогенні кісти, які є вадою розвитку зубоутворюючого епітелію: первинні, фолікулярні, кісти прорізування, ясенні.
3. Адамантинома.

4. Одонтогенний рак.

II. Одонтогенні утворення сполучнотканинної природи:

1. Одонтогенні фіброми.
2. Цементома.
3. Одонтогенні саркоми.

III. Одонтогенні утворення (змішаної) епітеліальної і сполучнотканинної природи:

1. М'які одонтоми.
2. Тверді одонтоми виділені.

Автором вперше виділені кісти щелеп як самостійні нозологічні одиниці.

Спірними моментами класифікації досі є те, що зубовміщуюча кіста відноситься до групи кіст запального походження у зв'язку з тим, що розвивається на змінному прикусі, де поряд із зачатками постійних зубів є корені періодонтитних молочних зубів.

Парадентальну кісту автор теж відносить до першої групи, через те що вона виникає біля 38 і 48 зубів при їх утрудненому прорізуванні, проте вона іноді трапляється і в ділянці інших зубів, без ознак запалення, що відносить її до другої групи.

Окрім того, ця класифікація розглядає тільки одонтогенні кісти, без урахування неодонтогенних.

Із зарубіжних авторів, у ці ж роки, найбільш вдалою виглядає класифікація кіст за теорією Fegency (1967). У ній розглянуто кісти в ембріологічному, патологічному, а також у рентгенодіагностичному аспекті.

Автор поділяє радикальні кісти на верхівкові (якщо вони розвиваються біля верхівки), верхівково-бічні (якщо вони утворюються частково біля верхівки, а частково на бічній поверхні кореня), бічні (якщо вони утворюються біля бокової поверхні кореня). Радикальні кісти можуть бути підокісними (з локалізацією більшою своєю частиною під окістям і в м'яких тканинах, і невеликою частиною в кістковій тканині) і травматичними (внаслідок загинувшої пульпи, що настала внаслідок травми зуба).

Автором виділена парадентальна кіста, яка може утворюватися уздовж стінки кореня (бічна парадентальна кіста) або біля його верхівки (верхівкова парадентальна кіста).

Кісту, що утворюється внаслідок патологічного розростання епітелію зубного мішечка, називають центральною (якщо вона розташовується навколо коронки зуба) або бічною (якщо вона розвивається з бічного боку коронки). Кісти, що утворилися до прорізування зуба, автор називає фолікулярними кістами.

Первинна кіста в класифікації йде під назвою простої фолікулярної кісти.

З неодонтогенних кіст автор виділяє носопіднебінну, щілинну, передню, або альвеолярну серединну, задню або піднебінну, носо-губну і кулясту.

Ця класифікація досі успішно використовується багатьма лікарями, хоча дуже відрізняється від вітчизняних класифікацій.

Упорядкувати в єдине всі кісти спробувала класифікація кіст щелеп ВООЗ. Ця класифікація розділила кісти на одонтогенні і неодонтогенні:

А. Епітеліальні еволюційні кісти.

1. Одонтогенні кісти: первинна, ясенна, кіста прорізування, фолікулярна кіста.

2. Неодонтогенні кісти: кіста носопіднебінного каналу, глобуло-максиллярна кіста, носо-губна кіста.

Б. Епітеліальні запальні кісти: кореневі кісти.

У класифікації виділені форми кіст, які дуже рідко трапляються – ясенна, кіста прорізування, але при цьому відсутня парадентальна кіста.

З часом, ця класифікація ВООЗ (1971), за даними Сабо (2005), зазнала змін і представлена нижченаведеними рубриками:

А. Епітеліальні еволюційні кісти.

1. Одонтогенні кісти: перинатальна кіста, ясенна кіста дорослих, первинна, кіста прорізування, фолікулярна кіста, періодонтальна бічна кіста, кератокіста.

2. Неодонтогенні кісти: кіста різцевого каналу, піднебінна серединна кіста, глобуло-максиллярна кіста, серединна кіста нижньої щелепи, носо-губна кіста.

В. Одонтогенні кісти запального походження: радикальна, резидуальна, парадентальна.

Після внесених змін у класифікації наявні практично всі види епітеліальних одонтогенних і неодонтогенних кіст, але, на жаль, відсутні несправжні неепітеліальні кісти.

Найбільш детальною можна назвати клінічно-морфологічну класифікацію пухлин і пухлиноподібних утворень щелеп, у розробці якої брала участь робоча група в складі І.І. Єрмолаєва, В.В. Панікаровського, А.І. Пачеса, Б.Д. Кабакова, В.М. Бенціанова і С.Я. Бальсевича. Кісти щелеп представлені в розділі «Б. Пухлиноподібні утворення» і розділені на:

I. Епітеліальні кісти.

1. Одонтогенні кісти: первинна, кіста прорізування, парадентальна, ясенна, зубовміщуюча, фолікулярна, радикальна.

2. Неодонтогенні кісти: кіста різцевого каналу (носо-піднебінна), глобуло-максиллярна (фісуральна) кіста, холестеатома.

II. Неепітеліальні кісткові кісти: аневризми, травматичні, геморагічні.

У класифікації представлені всі види кіст. Відповідно до морфологічних критеріїв і тканинної природи, кісти щелеп розділені на підгрупи епітеліального і неепітеліального генезу. Деякі типи кіст щелеп найбільш близькі до вад розвитку зубоутворюючих структур. Поряд із морфологічними позначеннями в термінології цієї класифікації трапляються чисто топографо-анатомічні позначення або клінічні уявлення, що не повною мірою відповідає поняттю гістологічної класифікації, але водночас час спрощує її та надає їй прикладного значення.

Сьогодні, у навчальній літературі з хірургічної стоматології, класифікації кіст щелеп розглядаються або в скороченому варіанті, або без посилання на чийсь авторство і джерело літератури,

або посилаються на Міжнародну гістологічну класифікацію.

Так, серед сучасних класифікацій, які виявлені нами в літературі останніх років, є класифікація Соловійова та співав., (2004). Слід вважати, що цей розподіл кіст за нозологічними одиницями належить саме їм, тому що посилання на будь-яке інше джерело літератури відсутнє. Автори за морфо- і патогенезом, а також за локалізацією виділяють наступні види одонтогенних кіст:

I. Кісти, що розвиваються з емалевого органа або фолікула.

1. Фолікулярні кісти:

- дентальна – одонтогенна кіста навколо зуба, який не прорізався (зазвичай містить коронку нормально сформованого зуба);

- кіста прорізування – фолікулярна кіста, яка знаходиться близько коронки (молочного або постійного) зуба, який прорізується у дітей.

2. Гінгівальна кіста.

3. Примордіальна кіста – порівняно рідко трапляється вид одонтогенної кісти, що розвинулася в результаті кістозної дегенерації або руйнування зірчастого епітелію емалевого органа до кальцифікації емалі та дентину.

II. Кісти, що розвиваються з епітелію зубоутворюючої пластинки (острівців Маляссе), – радикулярні (навколокореневі) кісти.

1. Апікальна кіста – *періодонтальна кіста, яка охоплює верхівку кореня зуба. Цей різновид кісти виникає в результаті некрозу пульпи зуба при карієсі, травмї зуба.*

2. Латеральна періодонтальна кіста, яка прилягає або охоплює бічну поверхню кореня зуба (зазвичай трапляється в ділянці премолярів нижньої щелепи).

3. Резидуальна кіста, яка залишилася чи виникла після видалення зуба.

III. Кісти, що розвиваються з емалевого органа або островків Маляссе: одонтогенна кератокіста – кіста, що містить кератинові маси.

До класифікації уведена резидуальна кіста, яку багато авторів вважають її як наслідок радикулярної кісти. Зубовміщуюча кіста об'єднана з фолікулярною кістою, а парадентальна входить до групи радикулярних кіст. На жаль, у класифікації наявні тільки одонтогенні кісти, неодонтогенні кісти авторами не розглядаються.

Тимофєєв А.А. (9) поділяє кісти щелеп наступним чином. Залежно від гістологічної будови: істинні і несправжні. Залежно від етіології: природжені і набуті. Одонтогенного походження: радикулярні (апикальна, латеральна, субокістна, резидуальна), фолікулярні, парадентальна, епідермоїдні. Неодонтогенного походження: носопіднебінні (різцевого каналу), глобуло-максиллярні (кулясто-верхньощелепні), носоальвеолярні (носо-губні).

У класифікації відсутня кератокіста (первинна кіста), зубовміщуюча кіста, а також немає нозологічних одиниць несправжніх кіст.

Не позбавлена недоліків і Міжнародна гістологічна класифікація пухлин МГКП (серія № 5) (4).

Класифікація включає наступні види кіст:

A. Неепітеліальні кісти: аневризмальна і проста кісткова кіста.

B. Епітеліальні кісти еволюційного походження (вади розвитку щелеп і зачатків зубів).

Одонтогенні: фолікулярна, кератокіста (первинна), кіста прорізування, ясенна.

Неодонтогенні: кіста різцевого каналу, глобуло-максиллярна, параальвеолярна (нозолабіальна).

B. Епітеліальні кісти запального походження: радикулярні кісти, від молочного зуба, від постійного зуба.

Висновок

Проаналізувавши значний обсяг літератури та на підставі матеріалів обстеження наших тематичних хворих, ми дійшли висновку, що в даний момент немає єдиної думки щодо питання класифікації кіст щелеп, хоча цією проблемою займалися багато авторів. На наш погляд, все ж найбільш прийнятною для клініки класифікацією кіст щелеп, на сьогодні, залишається класифікація на чолі з І.І. Єрмолаєвим (1975).

Класифікація, у першу чергу, враховує інтереси практичної стоматології з одного боку, а з іншого, відповідає запитам наукової медицини.

Література

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова. – М.: Медицина, 2000. – 385 с.
2. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей / Ю.В. Ефимов. – М.: Медицина, 1993. – С. 26-27.
3. Карапетян И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи / И.С. Карапетян, Е.Л. Губайлуллина, Л.Н. Цегельник. – М.: МИА, 2004. – 232 с.
4. Маланчук В.О. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лищевої ділянки та шиї / В.О. Маланчук, А.П. Копчак. – К.: Асканія, 2008. – 320 с.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес. – М.: Медицина, 1983. – 416 с.
6. Солнцев А.М. Кисты челюстно-лицевой области и шеи / А.М. Солнцев, В.С. Колесов. – К.: Здоров'я, 1982. – 144 с.
7. Соловьев М.М. Оперативное лечение одонтогенных кист / М.М. Соловьев, Г.М. Семенов, Д.В. Галецкий. – СПб.: Наука, 2004. – 127 с.
8. Соловьев Ю.П. Новые нозологические формы классификации опухолей костей / Ю.П. Соловьев. – М.: Медицина, 1998. – С. 57-61.
9. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – К.: ВСИ Медицина, 2010. – С. 57-61.

К ВОПРОСУ УПОРЯДОЧЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Д.С. Аветиков, И.В. Яценко, Н.А. Соколова

Резюме. Работа посвящена сравнительной характеристике классификаций кист челюстей. Изучая этот вопрос, авторы, в первую очередь, поставили перед собой цель найти оптимальный вариант классификации кист челюстей с учетом, прежде всего, интересов практической стоматологии.

Проанализировав большой объем литературы, сделан вывод, что в настоящий момент нет единого мнения по вопросу классификации кист челюстей, хотя этой проблемой занималось большое число авторов. На наш взгляд, все же наиболее приемлемой классификацией кист челюстей, на сегодня, остается классификация кист, предложенная коллективом авторов во главе с И.И. Ермолаевым (1975). Классификация, в первую очередь, учитывает интересы практической стоматологии с одной стороны, а с другой стороны, в определенной степени отвечает запросам научной медицины.

Ключевые слова: фолликулярная киста, киста прорезывания зубов, киста резцового канала, классификация кист челюстей.

ON THE PROBLEM OF REGULATING A CLASSIFICATION OF GNATHIC CYSTS

D.S. Avetikov, I.V. Yatsenko, N.A. Sokolova

Abstract. The paper deals with a comparative characteristic of gnathic cysts. When studying this problem, the authors set a goal before themselves, in the first place, to find an optimal variant of a classification of gnathic cysts with special regard, above all, for the interests of practical stomatology. Having analyzed a great amount of literature, a conclusion has been arrived at to the effect that to-date there isn't a common opinion although a great number authors were engaged in this problem. To our way of thinking nowadays the most acceptable classification of gnathic cysts proposed by a group of authors headed by I.I. Yermolaiev (1975). The classification, on the one hand, takes into account the interests of practical stomatology and, on the other hand, meets the requirement of scientific medicine.

Key words: follicular cyst, teething cyst, incisive canal cyst, gnathic cysts classification.

HSEIU "Ukrainian Medical Stomatologic Academy" (Poltava, Ukraine)

Рецензент – проф. О.Б. Беліков

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 173-176

Надійшла до редакції 07.06.2012 року

© Д.С. Аветіков, І.В. Яценко, Н.А. Соколова, 2012

УДК 616.716.1/4-006.04-089.23

В.П. Баштан, О.Є. Муковоз, І.М. Пічкур, В.Л. Фісун**, Б.М. Різнюк**ОРТОПЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙ ЩЕЛЕП
З ПРИВОДУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ (ЗА ДАНИМИ
ПОЛТАВСЬКОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ)

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава, Україна

**Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер, Україна

Резюме. Позитивні результати протезування у хворих, які повністю адаптувалися та покращили якість свого життя після складних операцій на щелепах, свід-

чать про перспективність проведення подальшої ортопедичної реабілітації.

Ключові слова: протезування, ортопедична реабілітація, злоякісні новоутворення щелеп.

Вступ. Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та окремих її регіонах є несприятливою [4, 5, 6, 8, 12]. Зокрема у Полтаві та області, на підставі даних канцер-реєстру Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру (ПОКОД) за 2008-2011 рр., встановлено безперервне зростання рівня онкологічної захворюваності населення. Так, якщо в 1980 р. число вперше зареєстрованих хворих складало 238,3 осіб на 100 тис. населення, то в 1996 р. ця величина досягла 309,4 на 100 тис. населення по Україні [12] та 385,9 – на Полтавщині [11], то вже

на 2011 р. вона становить понад 341,2 на 100 тис. населення. Це свідчить про інтенсивність та масштабність цього процесу.

За рубежем і в онкологічних клініках Росії проводиться активна реабілітація осіб даної категорії, починаючи з пластичної хірургії і закінчуючи протезуванням [2, 9, 10]. Для України протезування не є новим методом, але до нього досить мало звертаються в онкологічних диспансерах [3, 10].

Мета дослідження. Покращення життя хворих після оперативних втручань на щелепах з