

5. Özek M.M., Cinalli G., Maixner W., Sainte-Rose C. *Posterior fossa tumors at children*. Springer. Int. Pub. Swit. 2015. P. 813-4.
6. Pollack I.F. *Brain tumors*. N. Engl. J. Med. 1994. 331:1500-7.
7. Popeia D. *Tumors of central nervous system at child and teenager*. Rom. Pediat. J. 2009; 2:64.
8. Ries L.A.G., Eisner M.P., Kosary C.L. et al. *SEER cancer statistics review. 1975-2000*.// Bethesda, National Cancer Institute, 2000. 224p.
9. Stiller C.A., Bunch K.J., *Brain and spinal tumors in children aged two years incidence and survival in Britain, 1971-85* // Br. J. Cancer.-1992. –V.66.-P.550-553.
10. Зозуля Ю.А., Розуменко В.Д., Лисяный Н.И. *Проблемы современной нейроонкологии*. Журн. АМН України. 1999. Т.5, N 3/ С.426-441.
11. Зозуля Ю.А. Глиомы головного мозга- К. УИПК „ЕксОб”-2007-636 с.

УДК: 616.31-006.2-089-053.2

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.20>

## ЛЕЧЕНИЕ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ У ДЕТЕЙ ПУТЕМ ДЕКОМПРЕССИИ (Клинический случай)

**О. И. ГОДОВАНЕЦ**, д.м.н., профессор, **Т. И. МУРЫНЮК** ассистент кафедры

Буковинский государственный медицинский университет  
(г. Черновцы, Украина)

*e-mail: godovanec.oksana@bsmu.edu.ua, murynjuk@gmail.com*

### Резюме.

Среди кист воспалительного происхождения чаще всего встречаются у детей радикулярные и фолликулярные. Фолликулярные кисты обнаруживают с частотой 35,5-42 % среди всех одонтогенных кист в возрасте от 7 до 14 лет. Установлено, что локализация фолликулярной кисты зависит от возраста: у детей чаще причинными есть нижние премоляры (20,8%) и верхние клыки (10%), у взрослых – нижние третьи моляры (23,3%) и верхние клыки (18,3%). Достаточно редкими являются кисты из зачатков временных зубов.

**Ключевые слова:** фолликулярная киста, ребенок, развитие, ретенция.

### Rezumat. Tratamentul chistului folicular la copii prin decomprimare (caz clinic).

Dintre chisturile de origine inflamatorie, chisturile radiculare și foliculare se găsesc cel mai adesea la copii. Chisturile foliculare se găsesc cu o frecvență de 35,5-42% în rândul tuturor chisturilor odontogene cu vârste cuprinse între 7 și 14 ani. S-a constatat că localizarea chistului folicular depinde de vârstă: la copii, premolarii inferiori (20,8%) și caninii superiori (10%) sunt mai des cauzali, la adulți – molarii treimi inferiori (23,3%) și caninii superiori (18,3%). Chisturile din rudimentele dinților primari sunt destul de rare.

**Cuvinte-cheie:** chist folicular, copil, dezvoltare, retenție.

### Summary. Treatment of follicular cyst in children by decompression (clinical case).

Among cysts of inflammatory origin, radicular and follicular cysts are most often found in children. Follicular cysts are found with a frequency of 35.5-42% among all odontogenic cysts between the ages of 7 and 14 years. It was found that the localization of the follicular cyst depends on age: in children, the lower premolars (20.8%) and upper canines (10%) are more often causal, in adults, the lower third molars (23.3%) and upper canines (18.3%). Cysts from the rudiments of deciduous teeth are quite rare [1].

**Key-words:** follicular cyst, child, development, retention.

**Введение:** Не останавливаясь на общеизвестных особенностях микроскопического строения фолликулярной кисты, отметим, что истинная фолликулярная киста является следствием нарушения нормального развития и прорезывания зубного зачатка и связана с зубной ретенцией [2].

По статистике, около 10 % зубов, что не прорезались, могут быть причиной возникновения фолликулярных кист. Источником их роста является часть зубного зачатка. Маленькие кисты, расположенные между коронкой зуба и капсулой фолликула, которые при физиологических условиях принимают участие в формировании зуба и лишь способствуют прорезыванию. Если с любой из причин прорезывание задерживается, то эти маленькие кисты могут достичь больших размеров [3].

Существует мнение, что фолликулярной кисты является следствием попадания инфекции из кариозных временных зубов и миндалин в фолликул постоянного зуба. В их этиологии значительную роль играет и наследственность как физиологический фон, на котором трансформируются влияния эндо- и экзогенных факторов [1]. Способствующими факторами возникновения фолликулярных кист являются травма, воспаление, переохлаждение, что нарушают нормальное формирование зуба. В период полового созревания возможное ускорение роста этих кист [3].

подавляющее большинство кист обнаруживается случайно, когда берутся рентгенограммы для исследования затрудненного прорезывания или

дистоцированного зуба [4]. В большинстве случаев диагностика фолликулярных кист проста. Однако дифференциальный диагноз должен проводиться с такими заболеваниями как кистозная форма амелобластомы, фиброзная дисплазия, одонтогенной фибромы и мягкой одонтомы [5].

Многие авторы, такие как, Агапов Н.И, Бернадский Ю.И. относят зубосодержащую кисту к разновидности фолликулярной кисты. В связи со взглядами на происхождение, термином «фолликулярные кисты» следует называть две группы кист. Первая группа характеризуется наличием признаков длительного или сравнительно интенсивного хронического воспаления вокруг корней молочных, иногда постоянных зубов, что прорезаются. Такое воспаление является причиной длительного раздражения расположенного рядом фолликула постоянного зуба, у которого и возникает киста. Другая группа – собственно фолликулярные кисты, в которых всегда есть нормальный или сверхкомплектный зуб, который полностью или частично закончил свое формирование и располагается в толще челюсти [6].

Лечение фолликулярных кист хирургическое. Объем оперативного вмешательства должен планироваться индивидуально и зависит от природы кисты, ее локализации, наличия нагноения, перспектив прорезывания ретенированного зуба, а также от размера кисты, степени поражения челюсти и возможности репаративного остеогенеза. Хирургическое лечение обычно включает энуклеацию очага поражения вместе с удалением связанных зубов [4, 7]. Этот подход



Рис. 1

предоставляет преимущество в случаях, когда поражения одного зуба, например, третьего моляра в взрослом возрасте, который не выполняет никакой функции; однако это редко соответствует интересам пациента.

Удаление причинных зубов у детей может иметь функциональные, эстетические и психологические последствия. Таким образом, для пациентов в детском возрасте лучше консервативный хирургический подход, который заключается в удалении одного молочного зуба и биопсии для гистологического исследования, которая считается необходимой для подтверждения диагноза. Многие авторы отмечали на важности искусственного сохранения отверстия между костью и полостью рта не только для заживления кистозного поражения, но и для предотвращения образованию фиброзного рубца, который может ухудшить ход прорезывания пораженных зубов [8, 9, 10].

**Клиническая ситуация.** Родители ребенка возрастом 9 лет обратились с жалобами на асимметрию лица и припухлость в области тела нижней челюсти справа, подвижность и боль при надкусывании на 8,5 зуб.

Соматическое состояние без особенностей. Объективно: лицо асимметричное за счет припухлости тела нижней челюсти справа. Региональные лимфоузлы мягкие, безболезненные, подвижные, правый подчелюстной увеличен. Открывание рта свободное, безболезненное. Зуб 8,5 подвижный, II степень, коронковая часть покрыта на  $\frac{3}{4}$  композитной реставрацией. Альвеолярный отросток в

области 4.4, 8.5, 4.6 буллезно расширен. Слизистая оболочка истончена розово-желтого цвета. Переходная складка сглажена. Пальпация слабоболезненна, определяется симптом Дюпоитрена. Неврологических симптомов не обнаружено.

На ортопантограмме (рис. 1) в области тела нижней челюсти с права наблюдается разрежение костной ткани эллипсообразной формы с коронковой частью зачатка 4.5 зуба в середине. Базальный край челюсти истонченный к нижнему кортикальному слою, медиально зуб 4.4 наклонен в дистальном направлении, а медиальный корень 4.6 зуба образует дистальный край костного дефекта. Верхний край кости не визуализируется.

На основании жалоб, данных объективного обследования и рентгенографии нами установлено окончательный диагноз: фолликулярная киста от 4.5 зуба.

**Лечебная тактика:** учитывая высокую вероятность нагноения принято решение удалить 8.5 зуб, провести забор кистозной жидкости и фрагмента оболочки для гистологического исследования. Промыта полость кисты раствором Декасан 0,02% количеством 20 мл и физиологическим раствором 10 мл.

На ортопантограмме проведенной на следующий день визуализируется большой дефект костной ткани в области 4.4, 8.5, 4.6 зубов, смещение зачатка 4.5 до нижнего кортикального края челюсти.

Учитывая опасность травмирования нижнеальвеолярной ветви тройничного нерва и веро-



Рис. 2



Рис. 3

ятность потери зачатка 4.5 принято решение о консервативном лечении, включающем Амоксил 250 мг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней, флуконазол по 100 мг однократно на 3 сутки, дезлоратадин в сиропе по 2,5 мл в сутки на протяжении 7 дней. Местно промывание раствором Декасан 0,02% 20 мл и физиологическим раствором 10 мл ежедневно на протяжении 14 дней.

На ортопантограмме (рис. 2) через 20 дней наблюдается утолщение нижнего кортикального края челюсти и поднятие зачатка 4.5 зуба, а также уменьшение контрастности границ кисты.

На ортопантограмме через 4 месяца (рис. 3) наблюдается заметное удлинение корня 4.5 зуба, визуализация правого нижнеальвеолярного канала, появление костного рисунка на фоне кисты.

На ортопантограмме через 6 месяцев (рис. 4) заметное продолжение формирования корня 4.5 зуба. Полное восстановление альвеолярного края у медиального корня 4.6 зуба и дистального края корня 4.4 зуба.

Ортопантограмма через 11 месяцев (рис. 5). Положение зачатка 4.5 зуба симметричное, соответствует возрастным параметрам. Пациент и



Рис. 4



Рис.5

далее находится под диспансерным наблюдением и начато ортодонтическое лечение.

**Вывод.** Этот клинический случай подтверждает гипотезу о том, что простая декомпрес-

сия кисты и дальнейшее развитие корня позволит самостоятельно прорезаться причинному зубу и способствует образованию костной ткани.

#### Литература

1. Токарева Е.В, Донский Г.И, Василенко И.В, Винников Ю.М. *Фолликулярные кисты и одонтогенные кератокисты челюстей.* - Севастополь-Донецк. - 2003. - 127с.
2. Ткаченко П.И, Белоконь С.О, Гуржий О.В. и соавт. *Челюстные кисты: попытка обобщения литературных данных и собственных наблюдений.* // *Стоматолог.* - 2005. №11 (91) . - С. 17-23.
3. Ткаченко П.И, Белоконь С.О, Гуржий О.В, Белоконь Я.П. *Хронический гранулематозный периодонтит и кисты челюстей.* - Полтава, 2006. - 54 с.
4. Aher V, Chander P, Chikkalingaiah R, Ali F. *Dentigerous cysts in four quadrants: a rare and first reported case.* - *Journal of Surgical Technique and Case Report*, 2013. - vol. 5, №1, pp. 21-26.
5. Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald-Janowski D, Poh CF. *Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada.* - *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery.* - 2010. - vol. 39, № 9, pp. 878-882.
6. Аветиков Д.С, Яценко И.В, Ахмеров В.Д. *В одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей.* - Полтава. - 2012. - С. 23.
7. Delbem ACB, Cunha RF, Afonso RL, Bianco KG, Idem AP. *Dentigerous cysts in primary dentition: report of two cases.* *Pediatr Dent.* 2006; 28: 269-72.
8. Murakami A, Kawabata K, Suzuki A, Murakami S, Ooshima T. *Eruption of an impacted second premolar after marsupialization of a large dentigerous cyst: case report.* *Pediatr Dent.* 1995; 17: 372-4.
9. Miyawaki S, Hyomoto M, Tsubouchi J, Kirita T, Sugimura M. *Eruption speed and rate of angulation change of a cyst-associated mandibular second premolar after marsupialization of a dentigerous cyst.* *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999; 116: 578-84.
10. Prabhu NT, Rebecca J, Munish AK. *Dentigerous cyst with inflammatory etiology from a deciduous predecessor - report of a case.* *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 1996; 14 : 49-51.