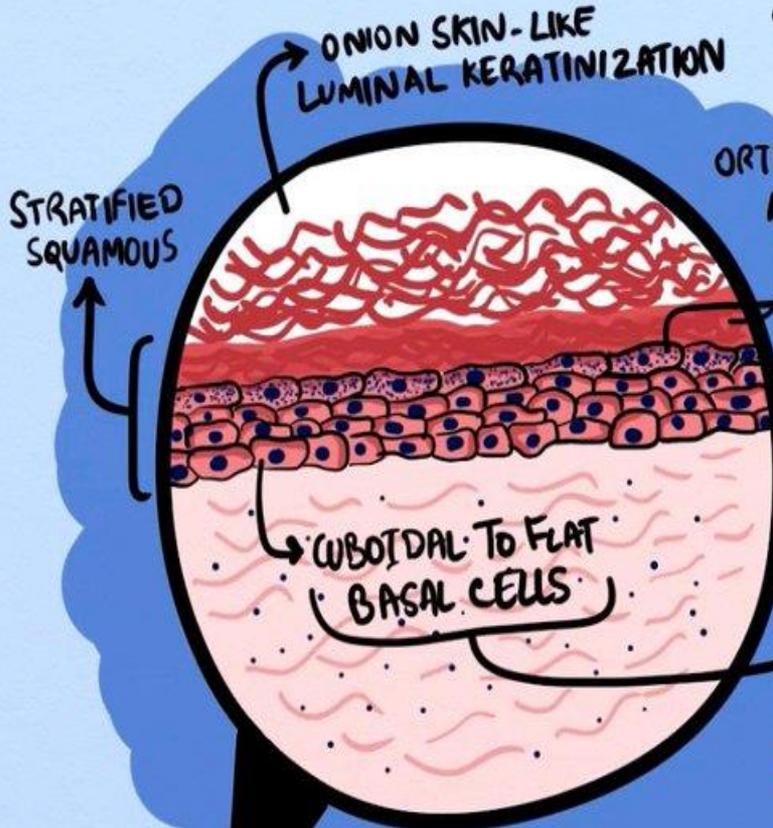
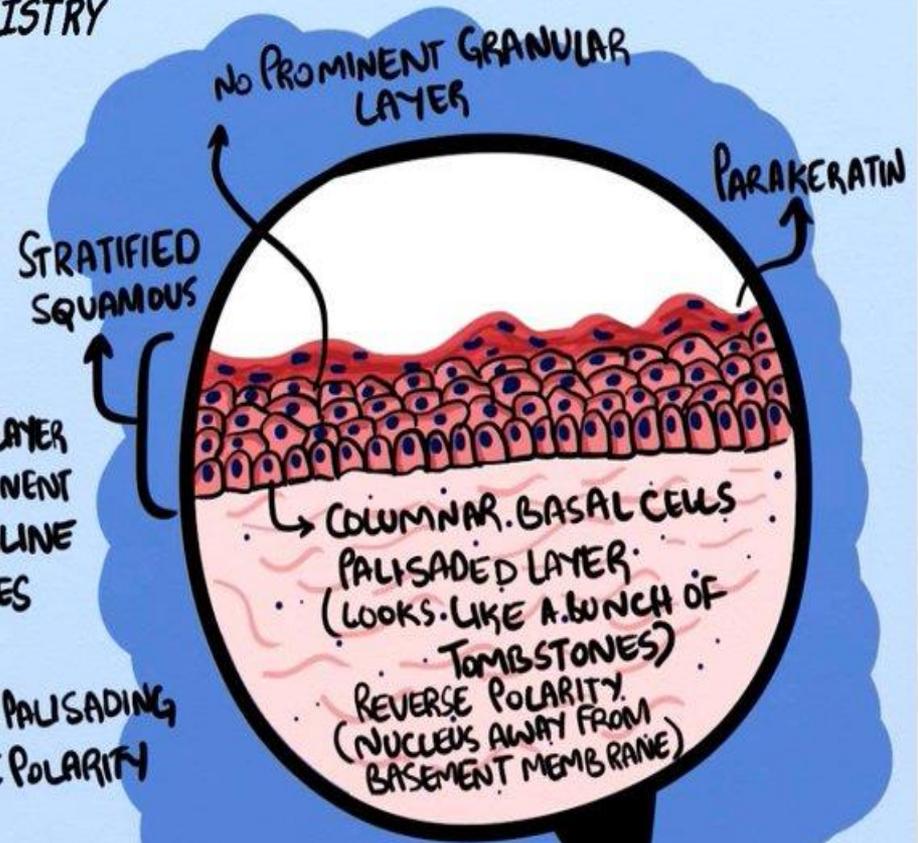


© HACKDENTISTRY



NO NUCLEAR PALISADING
NO REVERSE POLARITY



OOC



OKC

HISTOPATHOLOGICAL DIFFERENCES



Одонтогенные кисты воспалительного происхождения. Одонтогенные и неодонтогенные кисты развития. Патология височно-нижнечелюстного сустава.

Тема: Одонтогенные кисты воспалительного происхождения. Одонтогенные и неодонтогенные кисты развития. Патология височно-нижнечелюстного сустава.

Микропрепараты:

№ ОР2. Корневая (периапикальная) киста. (Окраска Г-Э.)

Обозначения:

1. Внутренняя поверхность кисты, покрытая многослойным плоскоклеточным эпителием.
2. Стенка кисты с хроническим воспалительным инфильтратом.
3. Кристаллы холестерина в стенке кисты.

Микроскопически полость корневой кисты ограничена многослойным плоскоклеточным неороговевающим эпителием, содержащим эозинофильный материал, с слущенными эпителиальными клетками и хроническим воспалительным инфильтратом, ассоциированный с эритроцитами, пенистыми макрофагами и отложениями гемосидерина и кристаллов холестерина.

Макроскопически, состоит из фиброзной стенки различной толщины, внутри которой содержится некротический материал, с отложениями липидов или холестерина.

Корневая киста наиболее распространенная форма одонтогенной кисты, связана с любым гангренозным зубом и может появиться в любом возрасте. Киста формируется в результате пульпита или периапикального инфекционного процесса, который включает в себя эпителиальные остатки на этом уровне. В результате воспалительного процесса эпителиальные остатки Малассе включенные в гранулему, трансформируются цистически, появляется полость которая прикрепляется вокруг корневых концов соответствующего зуба. Рентгенологически наблюдается радиопрозрачная однокамерная область, обычно больше 5 мм. в диаметре, которая находится на верхушки корня зуба, в продолжение периодонтального пространства.

Одонтогенные кисты представляют собой кистозные образования, в формирование которых вовлекаются зубная пластинка, эмалевый орган и эпителиальные остатки Малассе. Активация и пролиферация эпителиальных клеток инициируется под влиянием недостаточно известных стимулов, но существует и предрасположенность пациента. Механизм роста кисты объясняется тем, что коллоидно-осмотическое давление внутри кисты выше, что вызывает накопление жидкости и ухудшает гидростатическое расширение. Медленно и прогрессивно происходит резорбция окружающей кости.

Клинически, у этих кист есть латентный период (они бессимптомны), в котором они случайно обнаруживаются на рентгеновском снимке зубов. Если после удаления зубов или эндодонтического лечения через альвеолу и корневой канал выделяется серо-желтая жидкость, можно интуитивно предположить наличие кисты. В период экстерииоризации происходит деформация в направлении, в котором киста встречает самое низкое сопротивление, чаще всего вестибулярное или небное.

В случае верхней челюсти может распространиться в пазуху, занимая её частично или полностью. По мере того, как наружный слой компактного слоя кости все больше экстерииоризируется, он становится тоньше, и после полного рассасывания плоскости кости ощущается флуктуация.

№ ОР 42. Фолликулярная (зубосодержащая) киста. (Окраска Г-Э.)

Обозначения:

1. Внутренняя поверхность кисты, покрытая многослойным плоскоклеточным эпителием.
2. Слизистая метаплазия эпителия.
3. Стенка кисты представлена соединительной тканью с миксоматозом.

Микроскопически, полость содержит эозинофильный материал с слущенными эпителиальными клетками, ограниченная плоскоклеточным неороговевающим эпителием, плоским или многослойным, и окруженная фиброзной капсулой. Воспалительная реакция обычно отсутствует.

Макроскопически, кистозная полость круглая, содержит жидкость внутри, имеет гладкую стенку и прикрепина к шейке зуба, а коронка зуба выступает в полость кисты. Имеет размеры намного больше, чем корневая киста.

Фолликулярная киста представляет собой кистозную полость, которая развивается из редуцированного эпителия эмали, которая сохраняется на поверхности коронки, связанной с включенным зубом. По отношению к зубам, наиболее часто встречается фолликулярная киста нижнего коренного зуба мудрости, развивающаяся в угол нижней челюсти и восходящую ветвь. Второй по частоте является фолликулярная киста верхнего клыка, которая меньше по размеру. Кистозная образование окружает коронку временно или постоянно неразорвавшегося зуба.

№ ОР 3. Латеральная периодонтальная киста. (Окраска Г-Э.)

Обозначения:

1. Внутренняя поверхность кисты, покрытая многослойным плоскоклеточным эпителием.
2. Очаговое узловое утолщение эпителия.
3. Стенка кисты представлена волокнистой соединительной тканью.

Микроскопически, полость латеральной периодонтальной кисты ограничена многослойным плоскоклеточным неороговевающим эпителием и не ассоциируется с воспалительным

Макроскопический, киста небольшого размера, хорошо ограниченная и имеет форму «слезы»

Представляет собой кисту, расположенную латерально от корня витальных зубов, которая образуется при кистозной дегенерации остатков эпителия периодонта. Чаще всего образуется на дистальной поверхности нижнего третьего моляра.

№ ОР4. Одонтогенная кератокиста. (Окраска Г-Э.)

Обозначения:

1. Внутренняя поверхность кисты, покрыта паракератинизированным плоским эпителием.
2. Базальный слой эпителия состоящий из столбчатых или кубовидных клеток располагающихся в виде частокола
3. Кератиновый детрит в просвете кисты.

Микроскопически, полость кисты выстлана плоскоклеточным паракератинизированным плоским эпителием, базальный слой эпителия состоящий из столбчатых или кубовидных клеток располагающихся в виде частокола и ограниченная капсулой в толщине которой могут быть остатки эпителия.

Макроскопически, повреждение может быть одно-или многокамерной. Развивается из эпителия эмалевого органа или остатков эпителия Маллаза, и располагается в углу и на восходящей ветви нижней челюсти.

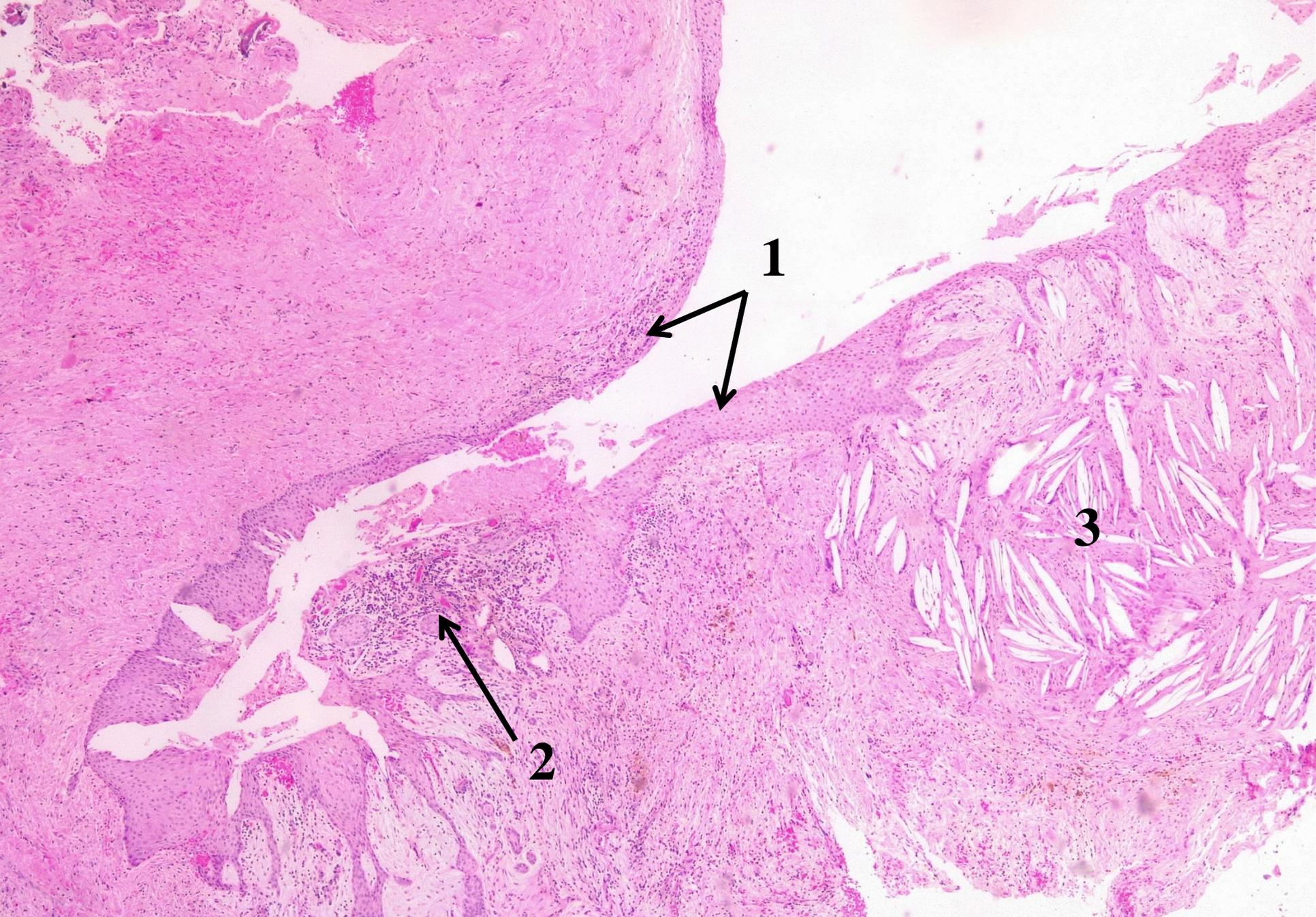
№ ОР 41. Назопалатиновая киста. (Окраска Г-Э.)

Обозначения:

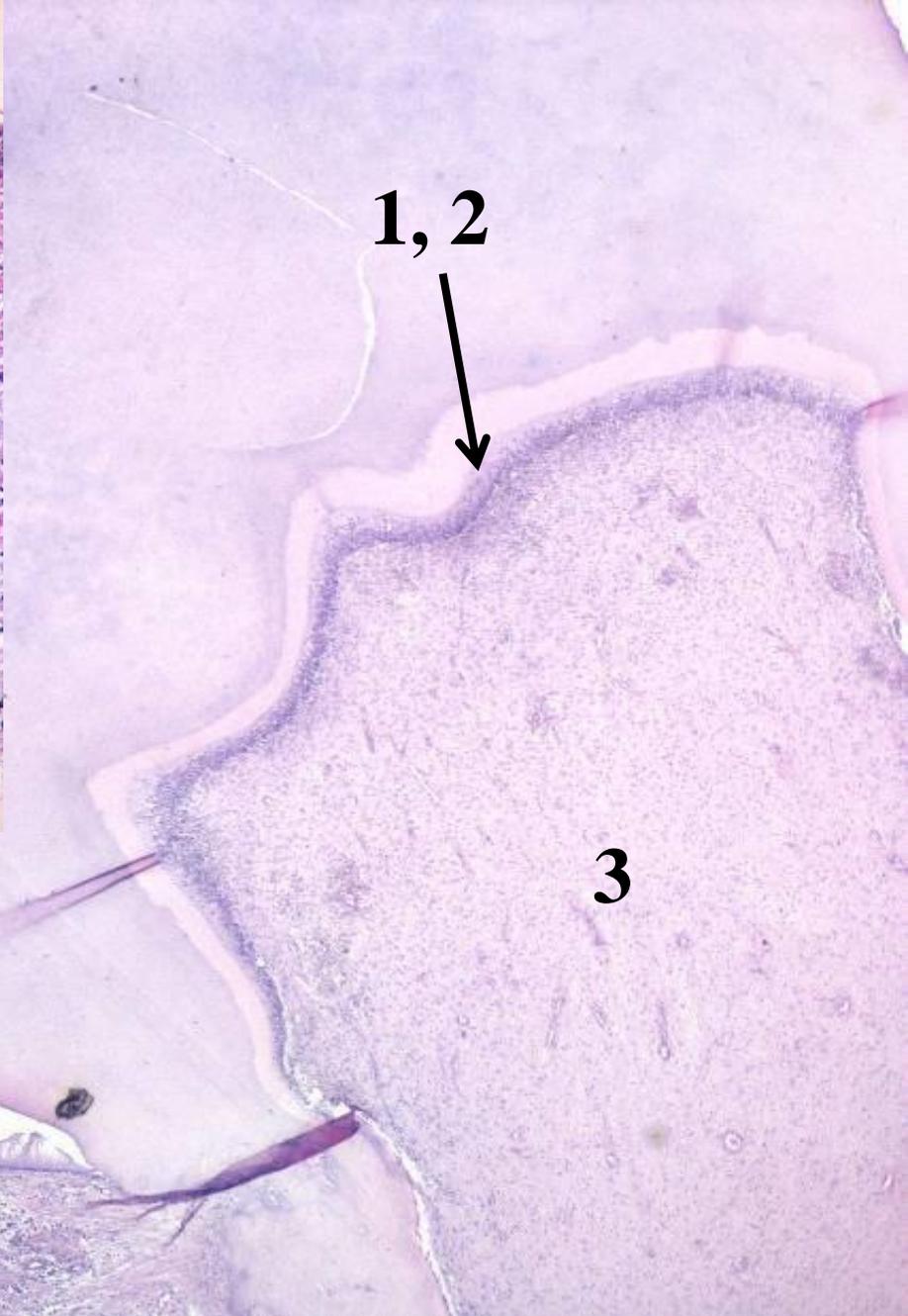
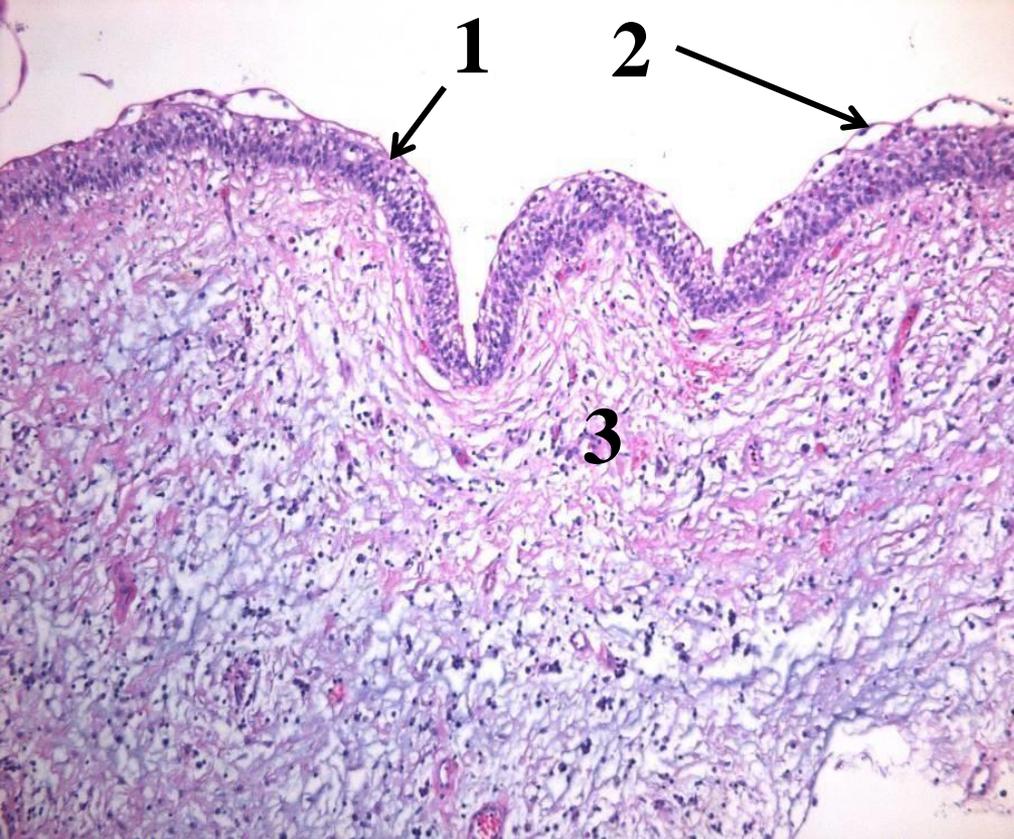
1. Внутренняя поверхность кисты, покрытая кубовидным эпителием дыхательного типа.
2. Стенка кисты представлена волокнистой соединительной тканью.
3. Нервные пучки в стенке кисты.

Микроскопически, назопалатиновая киста ограничена многослойным плоскоклеточным эпителием (когда развивается в направлении буккального конца протока) или псевдостратифицированным, реснитчатым, дыхательным типом (когда он развивается в направлении носового конца протока). Под эпителием лежит соединительная ткань с сосудами, нервами, малыми слюнными железами, небольшими островками гиалинового хряща и умеренным воспалительным инфильтратом.

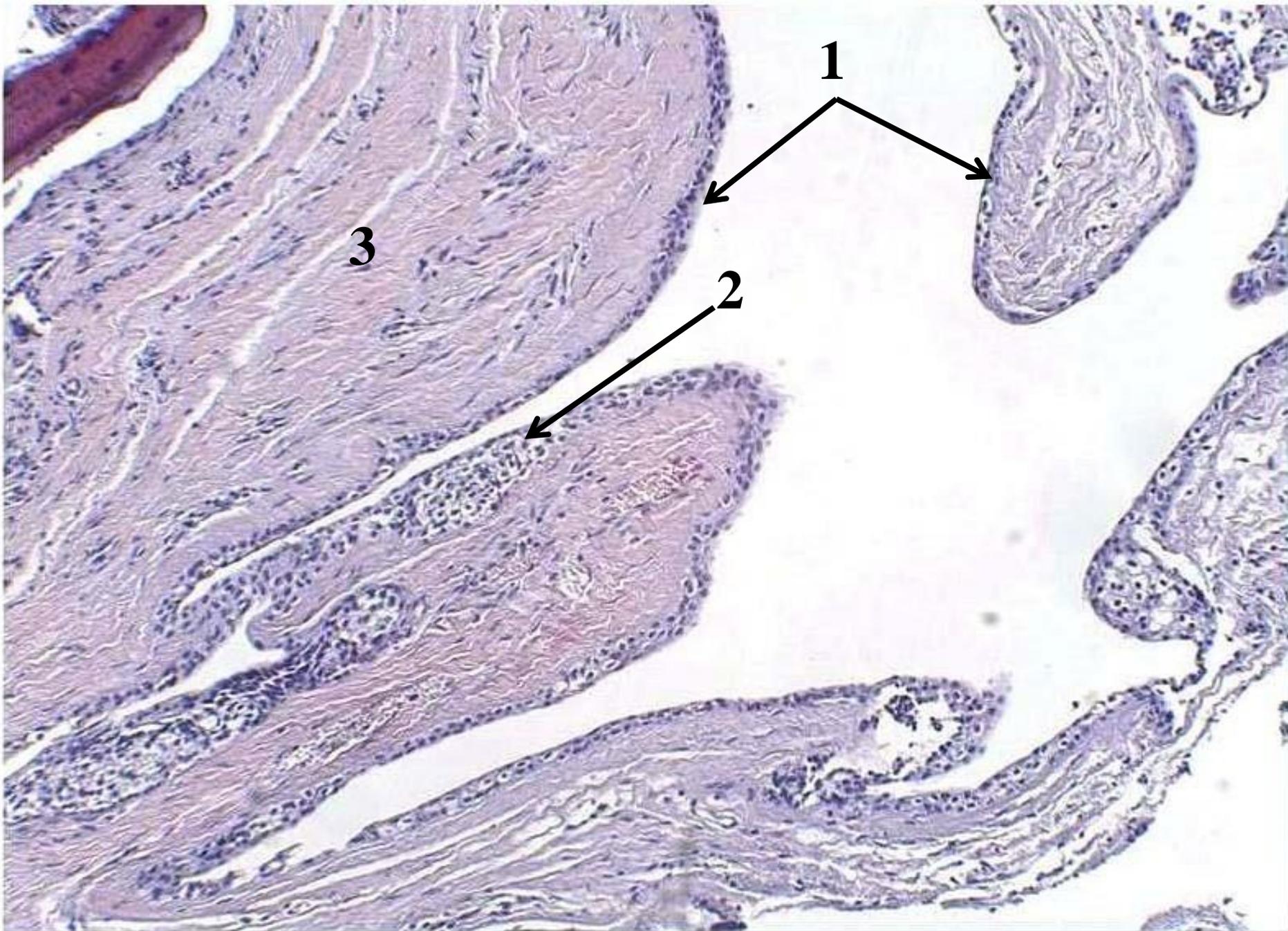
Макроскопически, имеет круглую форму, диаметром 1,5 см. Образуется из клеток эпителия назопалатинового протока, который в зародыше создает связь между ноздрями и полостью рта. Это наиболее распространенная неондонтогенная киста, расположенная по средней линии верхней челюсти между верхними резцами, что вызывает расхождение корней, в результате чего коронки сходятся.



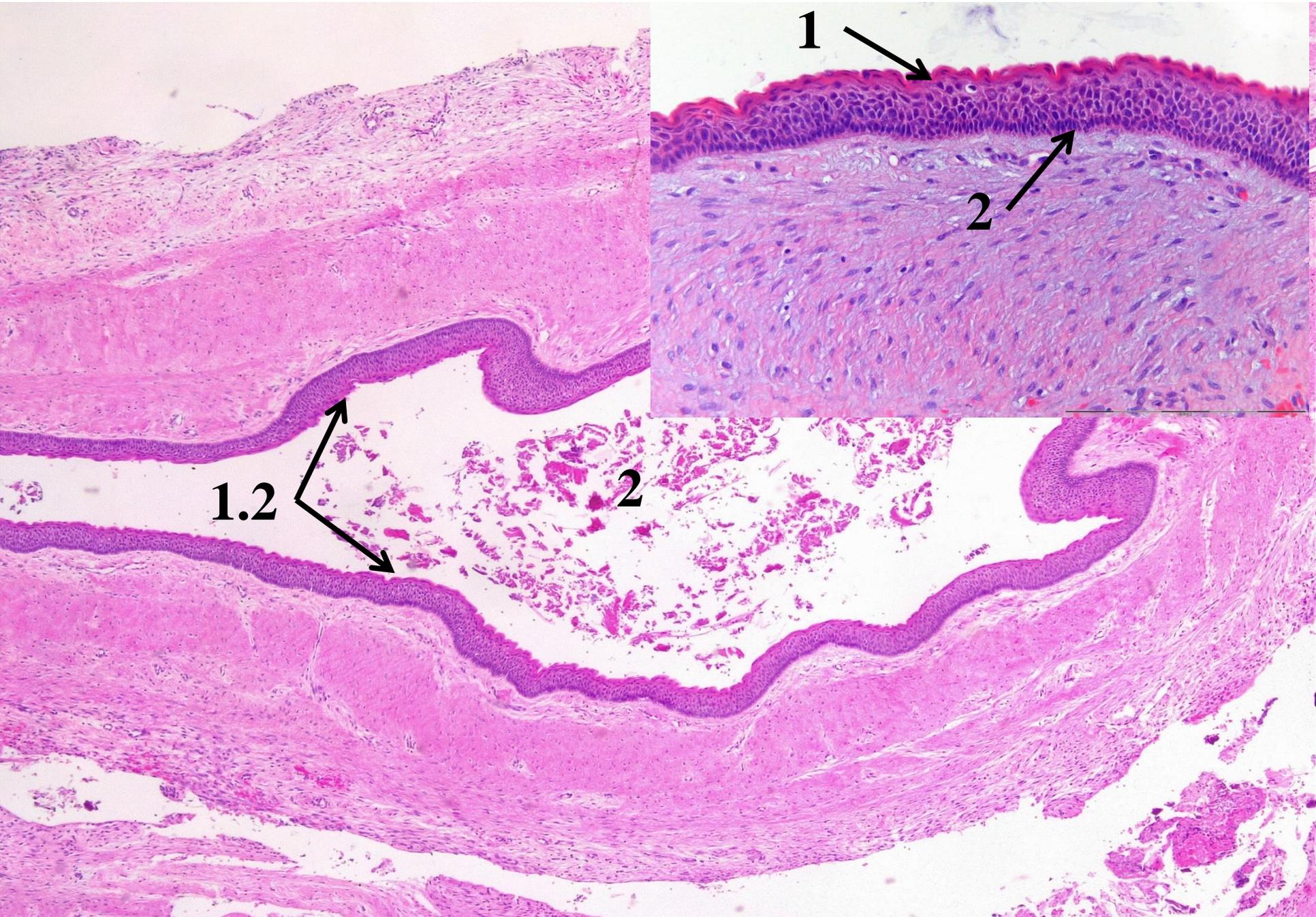
№ OP2. Корневая (периапикальная) киста. (Окраска Г-Э.)



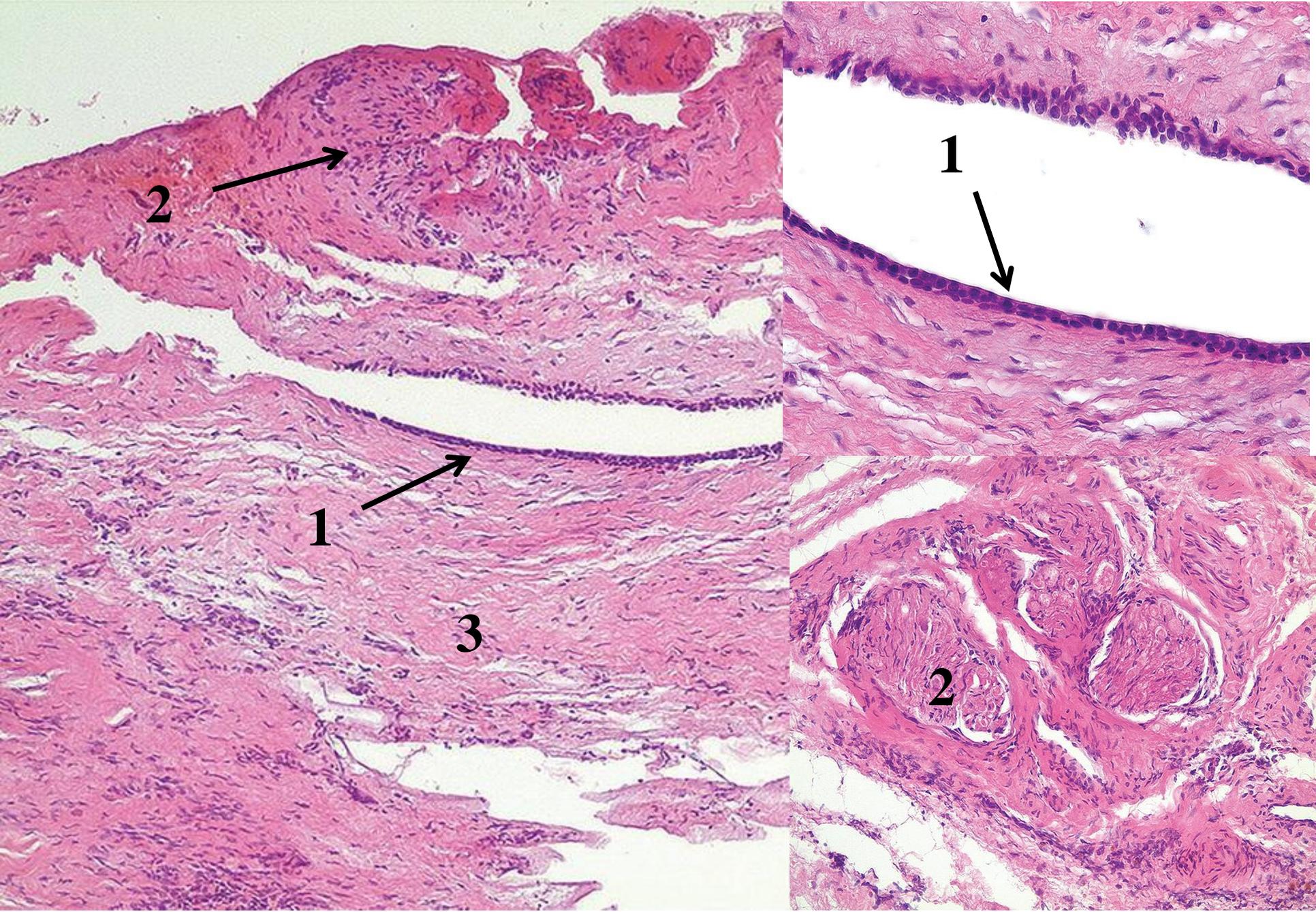
№ ОР 42. Фолликулярная (зубосодержащая) киста. (Окраска Г-Э.)



№ ОР 3. Латеральная периодонтальная киста. (Окраска Г-Э.)



№ ОР4. Одонтогенная кератокиста. (Окраска Г-Э.)



№ ОР 41. Назопалатиновая киста. (Окраска Г-Э.)

Кисты челюстных костей

Представляют полые внутрикостные образования, внутренняя поверхность стенки которых выстлана эпителием, обычно, многослойным плоским. Их стенка состоит из соединительной ткани. В полости содержится прозрачная серозная жидкость, иногда опалесцирующая. Кисты челюстных костей являются самым распространенным их поражением. Они разнообразны по своему генезу.

Различаем:

одонтогенные кисты дизонтогенетического характера;

неодонтогенные кисты (свойственные челюстям);

кисты воспалительного происхождения, представителем которых является радикулярная.

Приводим классификацию ВОЗ эпителиальных кист челюстных костей.

Эпителиальные кисты:

А. 1. Одонтогенные:

примордиальная киста (кератокиста);

гингивальная киста;

киста прорезывания;

дентальная (фолликулярная) киста;

2. Неодонтогенные:

киста носо-нёбного протока (киста резцового канала);

глобуломаскеллярная киста;

носо-губная (носо-альвеолярная) киста;

Б. Воспалительные:

Радикулярная киста.

Кисты челюстей, имеющие наибольшее значение.

Примордиальная киста (*кератокиста*) возникает из тканей зубного происхождения (пролиферация эмалевого органа). Локализуется в зоне формирующего зубного зачатка, часто в области нижнего 3-го моляра, распространяется на восходящую ветвь нижней челюсти, иногда в месте отсутствующего зуба. Рентгенологически имеет вид однокамерной, реже многокамерной кисты с чёткими перегородками. Гистологически – это тонкостенное образование, выстланное довольно широким пластом многослойного плоского эпителия с чётким базальным слоем. Постоянным признаком является *ороговение эпителия*. Иногда отмечается умеренный полиморфизм и атипия эпителиальных клеток. В толще стенки могут встречаться отдельные островки эпителия или мелкие самостоятельные кисты. Присоединяющееся воспаление в стенке сопровождается образованием эпителиальных выростов с утратой признаков ороговения. Примордиальные кисты имеют тенденцию к рецидивированию, могут сочетаться с другими пороками развития.

Фолликулярная киста (дентальная, непрорезывание зубов) развивается из эмалевого органа непрорезавшегося зуба. Топографически она связана с нижним 3-им моляром, верхним клыком, 2-м нижним премоляром. Рентгенологически отмечается чётко очерченная полость, связанная с коронкой зуба, в то время как корень остаётся вне образования. Киста однокамерная, округлой или овальной формы, с гладкой стенкой. В полости содержится молочный или постоянный зуб (или несколько) сформированный или рудиментарный. Микроскопически стенка кисты представлена внешним слоем из соединительной ткани и внутренним из плоского эпителия с явлениями паракератоза. В многослойном плоском эпителии могут встречаться и клетки реснитчатого эпителия, продуцирующие слизь. В полости содержится муцинозная тягучая жидкость серо-жёлтого цвета и кристаллами хелестерина. Из фолликулярной кисты иногда может возникнуть амелобластическая опухоль.

Радикулярная киста развивается из островков одонтогенного эпителия Малассе в результате хронического периапикального воспалительного процесса. Является самой частой одонтогенной кистой челюстей (80-90%). Берёт начало из любого зуба, встречается в любом возрасте. Чаще развивается из сложных периапикальных кист, когда эпителий Малассе под влиянием воспаления начинает пролиферировать в области любого корня поражённого зуба (околокорневая киста). Верхняя челюсть поражается чаще, чем нижняя. Диаметр кисты бывает до 3 см. Ее внутренняя стенка выстлана многослойным плоским эпителием без признаков кератинизации. Стенка представлена соединительной тканью, инфильтрированной лимфоцитами и плазматическими клетками. При обострении воспаления эпителий гиперплазируется и образует сетевидные отростки, направленные в толщу стенки; эти отростки не встречаются в других кистах. В стенке могут появляться лейкоциты. В случае расплавления эпителия внутренняя поверхность кисты состоит из грануляционной ткани. Киста часто нагнаивается. В стенке также обнаруживаются ксантомные клетки, кристаллы холестерина и гранулёмы из клеток типа инородных тел. Кисты верхней челюсти могут проникать в верхне-челюстную пазуху и способствуют развитию одонтогенного гайморита. Иногда в стенке кист обнаруживаются характерные гиалиноподобные тельца, подвергающиеся обызвествлению.