Кисты челюстно-лицевой области и шеи

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K04.8, K09, K11.6, L72.0, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.8 · Ассоциация общественных обьединений "Стоматологическая Ассоциация России", ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Кисты челюстно-лицевой области и шеи — полостные образования челюстей, мягких тканей и слюнных желез, часть которых связана с воспалением, а часть — с нарушением эмбрионального развития. Рекомендация посвящена их распознаванию, морфологической верификации, выбору хирургической тактики и послеоперационному ведению.

Главное

- Основной метод лечения кист — хирургический: оболочку удаляют в пределах здоровых тканей.
- Одонтогенные кисты составляют 8–10% заболеваний челюстно-лицевой области; около 95% одонтогенных кист приходится на околокорневые воспалительные кисты.
- Для корневой кисты типичен хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях; около 30% радикулярных кист являются резидуальными и сохраняются после удаления или выпадения зуба.
- Цистэктомию выбирают, если оболочку можно удалить полностью без существенного риска повреждения соседних зубов, сосудисто-нервных структур, стенок верхнечелюстной пазухи и полости носа.
- Цистостомия особенно показана при кисте, проецирующейся на три и более интактных зуба, больших кистах верхней челюсти с разрушением дна носа или небной пластинки, а также при истончении основания нижней челюсти менее 0,5 см.
- Кисты небольшого размера — менее 3 зубов — лечат амбулаторно, если нет тяжелой сопутствующей патологии; при кистах значительного размера — более 3 зубов — и при нагноении показана госпитализация.
- После операции проводят ежедневные осмотры и перевязки; швы снимают на 7–10-й день.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: вздутие альвеолярного отростка, асимметрия лица, боль, отечность, припухлость, затруднение носового дыхания, снижение чувствительности нижней губы; при подозрении на нагноение — также повышение температуры и озноб. Уточните травму зуба, разрушение кариесом, качество эндодонтического лечения и наличие ретинированных зубов. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
2. Проведите общий осмотр, осмотр лица, шеи и полости рта, поверхностную и глубокую пальпацию регионарных лимфоузлов. Ищите выбухание или сглаженность переходной складки, асимметрию, «пергаментный хруст», флюктуацию, свищ, признаки воспаления и нарушения функции языка или глотания. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
3. Исследуйте причинные и соседние зубы: выполните зондирование, вертикальную и горизонтальную перкуссию, оцените подвижность и состояние пломб, протезов и зубодесневых карманов. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
4. Начните с рентгенологического исследования: прицельная внутриротовая рентгенография, ортопантомография или панорамная рентгенография нижней челюсти; по показаниям — рентгенография пазух и нижней челюсти в прямой и боковой проекциях. При недостаточной информативности используйте КЛКТ или КТ челюстно-лицевой области; при больших кистах — спиральную КТ придаточных пазух носа или КТ челюстно-лицевой области. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
5. При кистах мягких тканей выполните УЗИ одной анатомической зоны и цитологическое исследование материала тонкоигольной аспирационной биопсии. Если УЗИ недостаточно, дополните обследование МРТ мягких тканей или КТ челюстно-лицевой области. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
6. При кисте носонебного канала или распространении кисты верхней челюсти в полость носа при нарушении дыхания проведите риноскопию. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
7. У всех пациентов направьте операционный или биопсийный материал на патолого-анатомическое исследование: морфологическая верификация необходима для исключения злокачественного образования

и является основанием для установления окончательного диагноза. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.

Лечение

- При корневой кисте до операции запломбируйте корневой канал причинного зуба не менее чем на 2/3 длины, до уровня предполагаемой резекции верхушки; во время операции при визуализации корня в кисте выполните резекцию верхушки. У соседних зубов без реакции на электроодонтометрию также пломбируют корневые каналы. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
- При нагноившейся кисте мягких тканей применяют цистотомию или пункцию гнойного очага с эвакуацией содержимого. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
- Цистэктомия — удаление всей оболочки кисты — оптимальна, если это возможно без опасного повреждения соседних зубов, сосудисто-нервных структур, стенок пазухи и полости носа. Дефект после операции при необходимости замещают остеопластическими материалами. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
- Цистостомию выбирают при проекции кисты на три и более интактных зуба, крупных кистах верхней челюсти с разрушением дна носа или небной пластинки, истончении основания нижней челюсти менее 0,5 см, угрозе повреждения нижнечелюстного сосудисто-нервного пучка или врастании в пазуху и полость носа. Марсупиализация применяется как двухэтапный, менее травматичный вариант с последующим удалением оболочки. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
- Удаляйте зуб, если невозможно эндодонтическое лечение или ретроградное пломбирование. Также удалению подлежат временные зубы, причинные постоянные зубы без возможности резекции верхушки, зубы с корнями, выступающими в полость кисты более чем наполовину, при подвижности зуба и атрофии альвеолярного отростка в области его корней, превышающих II–III степень, невосстановимой коронковой части или значительном искривлении корней. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
- При проникновении кисты в верхнечелюстную пазуху выполняют цисториносинусостомию: при интрасинусальной кисте, поднимающей дно пазухи на 1/3 ее высоты и более, либо при малой кисте с резко истонченной костной перемычкой между кистой и синусом. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
- Срединные кисты шеи удаляют с резекцией тела подъязычной кости; боковые кисты шеи лечат цистэктомией. При кисте подъязычной слюнной железы выполняют цистэктомию, а при значительном размере или повреждении оболочки — марсупиализацию либо цистэктомию с удалением подъязычной или поднижнечелюстной железы. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
- Для профилактики ИОХВ при риске сообщения раны с полостью рта или околоносовыми пазухами используют цефазолин 2 г плюс метронидазол 500 мг внутривенно за 60 минут до операции у взрослых; альтернативой является клиндамицин 600–900 мг внутривенно перед операцией. При операции дольше двух периодов полувыведения препарата или массивной кровопотере вводят дополнительную разовую дозу; профилактику обычно прекращают не позднее 24 часов, хотя при отягощающих факторах ее можно продлить до 48, максимум 72 часов. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Небольшие кисты менее 3 зубов лечат амбулаторно, если нет тяжелой сопутствующей патологии. При тяжелой сопутствующей патологии даже небольшая киста является основанием для госпитализации.
- Госпитализация показана при кистах значительного размера — более 3 зубов — и при нагноении. При нагноении помощь оказывают экстренно, в остальных случаях — планово.
- При кисте верхней челюсти с распространением в полость носа или верхнечелюстную пазуху направьте пациента к оториноларингологу; при свищевом ходе в области глотки или корня языка также требуется консультация ЛОР-врача. УДД 5; уровень убедительности рекомендаций — С.
- Выписка возможна после купирования острого воспаления и устранения риска послеоперационного кровотечения.

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз кисты челюсти?

Окончательный диагноз устанавливают по результатам патолого-анатомического исследования биопсийного или операционного материала.

Когда при кисте челюсти выбирать цистэктомию, а когда цистостомию?

Цистэктомию выбирают, когда оболочку можно полностью удалить без опасного повреждения соседних структур. Цистостомия показана, в частности, при проекции кисты на три и более интактных зубов, больших кистах верхней челюсти, истончении основания нижней челюсти менее 0,5 см и угрозе повреждения сосудисто-нервного пучка.

Что делать при нагноившейся кисте?

При нагноившейся кисте мягких тканей используют цистотомию или пункцию с эвакуацией гноя.

Какая антибиотикопрофилактика указана перед операцией?

При риске сообщения раны с полостью рта или околоносовыми пазухами у взрослых применяют цефазолин 2 г плюс метронидазол 500 мг внутривенно за 60 минут до операции. Альтернатива — клиндамицин 600–900 мг внутривенно перед операцией; при длительной операции или массивной кровопотере вводят дополнительную разовую дозу.

Как наблюдать пациента после лечения кисты?

После операций по поводу парадентальных, фолликулярных и первичных кист клинико-рентгенологический контроль проводят через 6 месяцев и продолжают до полной нормализации картины.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/931-kisty-chelyustno-licevoj-oblasti-i-shei. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/931_1