

Стоматолошки факултет — Скопје  
ООЗТ Клиника за максилофацијална  
хирургија

## ФОЛИКУЛАРНИ ЦИСТИ ВО ГОРНАТА ВИЛИЦА

Т. Туцаров, Васков И., Лазаревски С, Кронеvски П.

*Врз база на досегашниот третиран клинички материјал, сме констатирале дека се тоа ретки заболувања во максилофацијалната регија. За 50% помалку се застапени кај максилата, отколку кај мандибулата, Инаку по однос на возраста, најповеќе се застапени во втората декада од животот. Нивната терапија е исклучиво хируршка.*

### Увод

Фоликуларните цисти спаѓаат во ретките заболувања во максилофацијалната регија. Тие се од одонтогено потекло. Се формираат во текот на ембрионалниот развoтoк на забниот зачеток, а како резултат на дегенеративен процес. Ако тој процес се јави пред да настане хистолошка дегенерација на забното ткиво тврдо, тогаш ќе се формира беззабна фоликуларна циста, клинички позната под името п р и м о р д и ј а л н а циста. Доколку пак, развoтoкoт на забниот зачеток биде нарушен во одонтопластичниот период, кога е веќе настаната хистолошката диференцијација на забот, формираната циста содржи заб или дел од него. Овој труд има заправо за цел да го истакне проблемот во врска со фоликуларните цисти, локализирани во горната вилица и резултатите од нивното хируршко лекување.

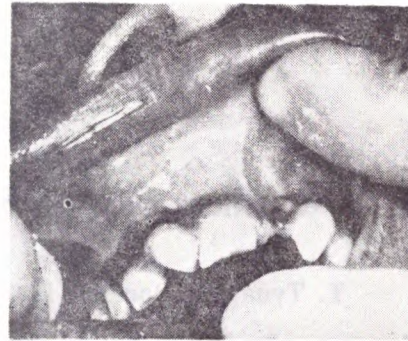
### Клиничка симптоматологија

Фоликуларните цисти, како и останатите одонтогени цисти, се карактеризираат со долготраен и бессимптомен развoтoк. Случајно биваат откриени со помош на радиографијата Меџутоа, доцна овој латентен период бива заменет со манифестен. Поради експанзивното растење, со што тие се карактеризираат, доаѓа до деформитет во тој предел на лицето што условува упад-

лива асиметричност, поради што пациентот побарува лекарска помош (сл. 1). Инаку до моментот на оваа асиметричност, поради непостоење на видлива симптоматологија, цистите можат случајно да бидат откриени (сл. 2). Кога цистата се зголемува,



Сл. 1 Асиметрија на лицето поради експанзивен раст на фоликуларна циста во горната вилица



Сл. 2 Затворен хируршки метод при тотално отстранување на фоликуларна циста во горната вилица

поради постојаниот притисок, што нејзината содржина го дава на коската, таа толку многу се истанчува, а на некои места и снемјува што условува појавување на таканаречениот ДИПИ-ТРЕН-ов феномен. Исто така доаѓа и до промена на колоритетот на мукозата што ја покрива цистата, добивајќи ливидна боја. Цистите можат да се инфицираат, манифестирајќи се клинички како апсцес или осетомиелитис.

Дијагнозата секогаш се поставуваше врз база на извршениот клинички преглед и направената рентгенграфија, најчесто со убризгување на контрастно средство во цистичната шуплина по претходно направената пункција и аспирација на нејзината бистра холестеринска жолтеникава опалесцентна течност. Во поголем број беше воочлива деформацијата на лицето, поради присуство на цистичниот тумефакт, за што пациентите имаа побарано лекарска помош.

### Терапија

Лечењето на фоликуларните цисти е исклучиво хируршко (цистомија и цистекомија). Постојат два методи: еден од нив се состои во потполно отстранување на цистичниот сакус (Парч 2) или затворен метод), а другата во делимично отстранување на сакусот (Парч 1 или марсупелизација). За кој метод ќе се одредиме зависи од: големината на цистата, соодносот помеѓу



неа и максиларната шуплина, од опасноста од патолошка фрактура, дали треба и кој заб да се екстрахира, од тоа дали е инфицирана или не самата циста и од возраста на пациентот<sup>2,3,4</sup>. Секој од овие методи си има свои позитивни и негативни страни. Во повеќето случаи го користиме затворениот метод (сл. 2). Енулеацијата е многу важна, од причина што цистичната мембрана содржи епителни елементи кои можат малигно да алтерираат<sup>5,6</sup>. Во последно време го користиме хируршкиот метод по Калсдвел Лук, па и кај поголемите цисти. Сосема слабо се служиме со отворениот метод, при што оставаме дел од цистичниот сакус по неговото отворање и уфрлување дел од слузокожата која ја фиксираме за остатокот од сакусот или пак ја тампонираме со јодоформ газа. Понатамошното затворање, згрижување го вршиме со акрилатен оптуратор. Исполнувањето на новосоздадената акцесорна усна шуплина со епител оди многу бавно и бара строго хигиенски услови<sup>7</sup>. Резултатите од спроведеното лекување се добри. По подолго време врз база на спроведените контроли и прегледи, констатиравме дека немаме ниту еден рецидив или пак малигна алтерација која како таква е веќе опишана во литературата<sup>8</sup>.

### Клинички материјал

Во текот на изминатите 10 години на нашата клиника третирали се вкупно 397 одонтогени цисти. Од овој број на фоликуларни цисти во обете вилицы им припаѓаат 31 случај или 128<sup>0</sup>%. Соодносот помеѓу застапеноста на овие цисти во горната и долната вилица изнесува 1:2 во корист на долната вилица<sup>8</sup>. Тоа значи дека тие се два пати помалку застапени во горната, отколку во долната вилица.<sup>8</sup> Тоа значи дека тие се два пати помалку застапени во горната, отколку во долната вилица. Што се однесува до возраста, најповеќето беа застапени кај пациентите стари помеѓу 12 и 19 години. Кај двајца староста изнесување помеѓу 6 и 8 години, а кај 1 — 64 години. Со други зборови најповеќето застапени беа во втората декада од животот. Кај 17 случаи беа застапени кај машкиот, а кај 14 кај женскиот пол.

### Дискусија

Застапеноста на фоликуларните цисти во вилиците изнесува околу 6<sup>0</sup>%. Овој процент е малку повеќе од светскиот просек (4—5%)<sup>7</sup>. Веројатно тоа нешто се должи на добрата здравствена организација, современите научно медицински сознанија, користењето на најновите технички достигнувања во стоматолозијата и т.н. Радиографскиот преглед е од големо значење поради блискоста на максиларната, односно носната шуплина. Често пати поголемите фоликуларни цисти го имаат потполно потиснат максиларниот синус. Многу ретко среќаваме дека е перфорирана максиларната шуплина<sup>5</sup>. Како и останатите одонтогени цисти и фоликуларните можат да бидат инфицирани и да

ја дадат целосната клиничка симптоматологија за една акутна инфламација. Од целокупниот број на третирани пациенти, кај двајца се сретнавме со инфламираност. Притоа кај едниот освен конзервативната терапија (антибиотици, антифлогистика и антипиретика) направивме инцизија со дренажа. По санирањето на инфекцијата се помина на тотална екстирпација на цистичниот скус<sup>1, 2, 3</sup>.

Диференцијално дијагностички фоликуларните цисти треба секогаш да ги разликуваме од: гранулом со поголеми размери, адамантиноми, бенигни и малигни тумори и хроничен остеомиелитис. Потешко ги разликуваме примордијалните цисти од моноцистичните адамантиноми, особено кога е оскудна цистичната оперваженост, која потекнува од перицистичната коскена апозиција. Тогаш најегзатна е биопсијата.

### Заклучок

1. Фоликуларните цисти се послабо застапени во горната, отколку во долната вилица.
2. Често пати тие случајно се откриваат или пак пациентите доаѓаат поради асиметријата на лицето, што тие ја условуваат без да се знае за нивното постоење.
3. Терапијата им е исклучиво хируршка, при што ние на нашата клиника повеќето го употребуваме затворениот метод.

### FOLLICULAR CYSTS IN THE UPPER JAW

#### Summary

In the course of the last ten years 397 patients with odontogenic cysts were treated at the Clinic for Maxillofacial Surgery in Skopje. Out of the total, 31 cases had follicular cysts. The upper jaw is less involved compared to the lower. Their therapeutic approach is exclusively surgical. In most of the cases we used closed method.

### Л и т е р а т у р а

1. GRČIĆ A.: Zubne ciste, Zubno lekarski priručnik, Medicinska knjiga, Beograd, 1964 god.
2. ДАВИДОВ СЛ.: Стоматологическа хирурџија, Софија, 1968 год.
3. ЕВДОКИМОВ А., ВАСИЛЕВ Р.: Хирургическая стоматология, „Медицина“, Москва, 1964 год.
4. PICHLER H., TRAUNER R.: Mund u. Kieferchirurgie, Urban u. Schwarzenberg, Wien, 1948 god.
5. THOMA K.: Oral Surgery, Mosby, 1950, 1. 55, 54
6. Thoma K.: Oral pathology, ved. Mosby, St. Louis, 1960, 784
7. Тударов Т: Медицински македонски преглед Скопје, 1971 год.
8. ШкоќљевА.: Српски Архив, Београд, 12, 1962 год.