Стоматология
2025, Т. 104, №2, с. 64–71
https://doi.org/10.17116/stomat202510402164

Stomatology
2025, vol. 104, no. 2, pp. 64–71
https://doi.org/10.17116/stomat202510402164

Клинические и рентгенологические черты ювенильных околозубных кист: ретроспективный анализ серии клинических случаев

© М.В. КОРОЛЕНКОВА[1], А.Г. НАДТОЧИЙ[1], Н.С. АЛЕКСЕЕВА[1], А.В. НЕМАЕВА[2]

[1]ФГБУ НМИЦ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Москва, Россия
[2]ООО «Меди на Покровском», Москва Россия

РЕЗЮМЕ

На примере 8 клинических случаев в статье разобраны основные клинические и рентгенологические черты 8 детей 6—14 лет с редкими кистозными образованиями — ювенильными околозубными кистами (ЮОК). ЮОК были ассоциированы с не полностью прорезавшимися первыми (6 детей) или вторыми (два ребенка) постоянными молярами. Только в 5 случаях они манифестировали болью в области заинтересованных зубов, в остальных случаях были рентгенологическими находками при обследовании перед ортодонтическим лечением. При этом зубы в проекции кисты сохраняли свою витальность во всех случаях, что подтверждали холодовая проба и продолженный рост корней после цистэктомии. На ОПТГ ЮОК проявлялись большим разнообразием локализаций (в проекции бифурации, ниже, дистальнее или медиальнее корней зубов), однако КЛКТ позволила обнаружить общий симптом — преимущественно вестибулярное расположение очага поражения. Цистэктомия без эндодонтического лечения зубов в проекции кисты оказалась успешной тактикой лечения, что подтверждает наблюдение в течение 6—84 мес без рецидивов ЮОК и осложнений со стороны зубов.

Ключевые слова: *ювенильные околозубные кисты, цистэктомия, КЛКТ.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Короленкова М.В. — https://orcid.org/0000-0001-7705-462X
Надточий А.Г. — https://orcid.org/0000-0002-3268-0982
Алексеева Н.С. — https://orcid.org/0000-0001-8719-1169
Немаева А.В. — https://orcid.org/0009-0001-9111-9263
Автор, ответственный за переписку: Короленкова М.В. — e-mail: korolenkova@cniis.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Короленкова М.В., Надточий А.Г., Алексеева Н.С., Немаева А.В. Клинические и рентгенологические черты ювенильных околозубных кист: ретроспективный анализ серии клинических случаев. *Стоматология*. 2025;104(2):64–71.
https://doi.org/10.17116/stomat202510402164

Clinical and radiological features of inflammatory collateral cysts: retrospective case series

© M.V. KOROLENKOVA[1], A.G. NADTOCHIY[1], N.S. ALEKSEEVA[1], A.V. NEMAEVA[2]

[1]Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russia
[2]"Medi na Pokrovskom" Ltd, Moscow, Russia

ABSTRACT

Based on eight clinical cases the article analyzes the main clinical and radiographic features of eight children aged 6—14 years with rare cystic lesions: juvenile inflammatory collateral cyst (ICC). ICCs were associated with incompletely erupted first (6 children) or second (2 children) permanent molars. Only in 5 cases did they manifest as pain in the area of the affected teeth, in the remaining cases they were radiographic findings during examination before orthodontic treatment. At the same time, the teeth in the projection of the cyst retained their vitality in all cases, which was confirmed by the cold test and continued root growth after cystectomy. On OPG, ICCs were manifested by a wide variety of localizations (in the bifurcation projection, below, distal or medial to the roots of the teeth), but CBCT made it possible to detect a common symptom — predominantly the vestibular location of the lesion. Cystectomy without endodontic treatment of teeth in the projection of the cyst turned out to be a successful treatment tactic, which is confirmed by observation for 6 —84 months without recurrence of ICCs and dental complications.

Keywords: *inflammatory collateral cysts, cystectomy, CBCT.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Korolenkova M.V. — https://orcid.org/0000-0001-7705-462X
Nadtochiy A.G. — https://orcid.org/0000-0002-3268-0982
Alekseeva N.S. — https://orcid.org/0000-0001-8719-1169
Nemaeva A.V. — https://orcid.org/0009-0001-9111-9263
Corresponding author: Korolenkova M.V. — e-mail: korolenkova@cniis.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Korolenkova MV, Nadtochiy AG, Alekseeva NS, Nemaeva AV. Clinical and radiological features of inflammatory collateral cysts: retrospective case series. *Stomatology.* 2025;104(2):64–71. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/stomat202510402164

Ювенильные околозубные кисты (ЮОК) — редкие одонтогенные кисты, поражающие постоянные моляры нижней челюсти в ходе их прорезывания. Согласно классификации новообразований челюстей ВОЗ, они относятся к одонтогенным кистам воспалительного происхождения [1—5]. Термин ЮОК имеет множество синонимичных названий, самые частые из которых: «воспалительные коллатеральные кисты» [6], «мандибулярные инфицированные щечные кисты» [7], «мандибулярные щечные бифуркационные кисты» [8], «воспалительные латеральные пародонтальные кисты» [9], «воспалительные околозубные кисты» [10]. От всех кист челюстей ЮОК составляют всего 0,9—4,7% случаев, что в совокупности с неспецифическими симптомами приводит к трудностям диагностики и выбора метода лечения [11].

Ранее нами было отмечено частое возникновение ЮОК у пациентов, перенесших в раннем детском возрасте операции на нижней челюсти, преимущественно компрессионно-дистракционный остеогенез. Предрасполагающими факторами к возникновению ЮОК у пациентов данной группы являются дистопия зачатков постоянных моляров в ходе остеотомии челюсти, а также образование в ретромолярной области грубой рубцовой ткани, препятствующей нормальному прорезыванию [12, 13].

В настоящий анализ намеренно были включены 8 клинических случаев, в которых совокупность клинических, рентгенологических и гистологических признаков позволила обосновать диагноз ЮОК, но дети не имели операций в челюстно-лицевой области в анамнезе.

Общие характеристики пациентов с ЮОК представлены в **табл. 1**. Из 8 пациентов было 4 мальчика и 4 девочки. Отмечаются два возрастных пика выявления ЮОК — 6—8 и 14 лет, ассоциированных с прорезыванием первых и вторых постоянных моляров соответственно. При этом в 6 случаях были поражены первые моляры и только в 2 — вторые.

Клинические признаки ЮОК суммированы **в табл. 2.** Поражение чаще было односторонним — в 5 случаях и двусторонним в 3. Жалобы и симптомы, связанные с воспалением, — боль, отек, свищевой ход, гиперемия и болезненность слизистой оболочки при пальпации — отмечались в 5 случаях из 8, т.е. хотя и типичны, но не являются обязательным проявлением ЮОК. В оставшихся 3 случаях ЮОК были случайной рентгенологической находкой при обращении к врачу-ортодонту. Зубы, вовлеченные в ЮОК, сохраняли свою витальность во всех случаях. Патогномоничным признаком ЮОК считаются ретенция и дистопия зубов в зоне кисты [14]. Надо сказать, что полная ретенция нами была отмечена лишь в 1 случае, частичная — еще в 2. Во всех случаях имелось сообщение полости ЮОК с полостью рта, при этом универсальным признаком было наличие с вестибулярной стороны зуба глубокого десневого кармана с кровоточивостью при зондировании. Дистопия имелась еще реже — всего в 2 случаях. Очевидно, что для ЮОК характерна не столько ретенция, сколько затрудненное прорезывание зуба. Длительное существование в «полупрорезавшемся» виде приводило к аккумуляции в области слизистого капюшона десневого налета и формированию десневого карамана, хронизации воспаления и развитию реактивного гиперпластического процесса, не купировавшегося даже после прорезывания зуба. Приведенные ниже клинические случаи иллюстрируют патогенез и характерные симптомы ЮОК.

Клинический случай 1

Мальчик 8 лет обратился к ортодонту в связи с ретенцией зуба 4.6 (остальные первые моляры к тому моменту полностью прорезались). При осмотре отмечено, что коронковая часть 4.6 пальпируется под слизистой оболочкой, с вестибулярной стороны имеется точечное сообщение ее с полостью рта на фоне выбухания слизистой оболочки и кортикальной пластинки **(рис. 1, а)**. На ранее выполненном ОПТГ определяется резкая дистопия зуба 4.6 с дистальным его наклоном, ниже и дистальнее зуба имеется обширный очаг просветления с четкими контурами **(рис. 1, б)**. На аксиальном срезе КЛКТ видна преимущественно вестибулярная локализация образования, без поражения собственно периапикальных тканей 4.6 **(рис. 1, в)**. После отслойки слизисто-надкостничного лоскута в проекции 4.6 **(рис. 1, г)** выделена и удалена оболочка кисты **(рис. 1, д)**, рана частично ушита с сохранением открытой коронки зуба 4.6 для фиксации ортодонтической аппаратуры **(рис. 1, е)**. Гистологическое заключение: радикулярная киста. Препарат соответствовал двум основным морфологическим критериям радикулярной кисты — инфильтрация клетками воспаления и наличие выстилки из многослойного плоского эпителия, что подтверждено при постановке реакции с маркером HMW **(рис. 1, ж, з)**.

Большинство публикаций, посвященных диагностике ЮОК, отмечает, что гистологически для данных кист характерна неспецифическая картина одонтогенной кисты воспалительного происхождения из-за схожести патогенеза — воспалительный стимул вызывает пролиферацию эпителия, источником которого в случае ЮОК может быть как эпителий островков Малассе, так и не полностью редуцированный эпителий фолликула [15, 16]. Однако клинически между радикулярной кистой и ЮОК имеется существенная разница в виде сохранения витальности зуба — источника инфекции, что рентгенологически также выражается отсутствием поражения кости у верхушек корней вовлеченного зуба. В данном случае только совокупность клинических и гистологических данных позволяет поставить диагноз ЮОК.

Клинический случай 2

Мальчик 6 лет обратился с жалобами на болезненность и чувство распирания в области не полностью прорезавшегося зуба 3.6. При осмотре зуб 3.6 визуально интактный, жевательная поверхность прорезалась не полностью, частично закрыта слизистой оболочкой

Таблица 1. **Характеристики больных с ЮОК**
Table 1. **Summary of the patients with inflammatory collateral cysts**

№	Пол, возраст	Выявление ЮОК	Лечение	Результаты	Срок наблюдения, отдаленные осложнения
1	Мальчик, 8 лет	Обратились к ортодонту в связи с ретенцией зуба 4.6	Цистэктомия и открытие коронки 4.6	Заживление очага просветления и продолженный рост корней 4.6	14 мес, без осложнений
2	Девочка, 14 лет	Обратились к врачу-стоматологу детскому в связи с болезненностью и чувством распирания в области прорезывающегося зуба 4.7	Цистэктомия	Заживление очага просветления и продолженный рост корней 4.7	19 мес, без осложнений
3	Девочка, 7 лет	Случайная рентгенологическая находки при обследовании перед ортодонтическим лечением	Цистэктомия	Заживление очага просветления и продолженный рост корней 3.6, 4.6	8 мес, без осложнений
4	Мальчик, 7 лет	Обратились к лечащему врачу-ортодонту в связи с болью и свищевым ходом в области зуба 3.6	Цистэктомия и лечение зуба 3.6, который ошибочно интерпретирован как девитальный. При обнаружении жизнеспособной пульпы выполнена ее ампутация	Заживление очага просветления и продолженный рост корней 3.6	40 мес, без осложнений
5	Мальчик, 8 лет	Случайная рентгенологическая находки при обследовании перед ортодонтическим лечением	Цистэктомия	Заживление очага просветления и продолженный рост корней 3.6	44 мес, без осложнений
6	Мальчик, 6 лет	Обратились к врачу-стоматологу детскому в связи с болезненностью и чувством распирания в области не полностью прорезавшегося зуба 3.6	Цистотомия	Заживление очага (рост корней пока не оценен из-за малого срока наблюдения)	3 мес, без осложнений
7	Девочка, 6 лет	Обратились к врачу-стоматологу детскому в связи с болезненностью и отеком десны в области прорезающегося зуба 3.6. Обращение повторное: за полгода до этого вскрывали абсцесс в этой зоне	Цистотомия	Заживление очага просветления и продолженный рост корней	7 лет, без рецидива
8	Девочка, 14 лет	Обратились к врачу-стоматологу детскому в связи с болезненностью и чувством распирания в области не полностью прорезавшегося зуба 4.7	Цистэктомия	Заживление очага просветления и продолженный рост корня 4.7	6 лет, без рецидива

с дистальной стороны. Слизистая оболочка в области зуба умеренно гиперемирована и отечна, пальпация ее слабоболезненна. С вестибулярной и дистальной сторон имеется десневой карман глубиной >1 см, из которого отмечается кровоточивость при зондировании **(рис. 2, а)**. Холодовая проба 3.6 положительная. На панорамном реформате КЛКТ в зоне бифуркации 3.6 и дистальнее зуба определяется очаг просветления с четкими контурами. На аксиальных и фронтальных срезах очевидно, что основная локализация очага — с вестибулярной стороны от зуба 3.6. Имеется дефект кортикальной пластинки с вестибулярной стороны, но собственно в периапикальных тканях 3.6 изменений нет **(рис. 2, б, в)**. На УЗИ в режиме Допплер определятся наличие кровотока внутри образования **(рис. 2, г)**, что нетипично для кисты. Однако остальные признаки были настолько характерными, что УЗИ-картина не изменила предварительный диагноз ЮОК. В ходе операции был отслоен слизисто-надкостничный лоскут в проекции и дистальнее зуба 3.6 и выполнен кюретаж образования, представленного большим количеством грануляционной ткани без четкой оболочки. Гистологическое заключение соответствовало макроскопической картине — обнаружена грануляционная ткань, при постановке реакции с маркером HMW эпителиальная выстилка не обнаружена **(рис. 2, д, е)**.

Данный случай позволяет предположить, что патогенез ЮОК сходен с патогенезом радикулярных кист — это защитный гиперпластический реактивный процесс в ответ на бактериальные антигены (только в случае с радикулярной кистой источником их является некротизированная пульпа, а при ЮОК — содержимое десневого кармана при неполном и (или) затрудненном прорезывании зуба). Развитию радикулярной кисты предшествует периапикальная гранулема — это этапы одного воспалительного феномена. При этом, однако, только 45% периапикальных гранулем содержат эпителиальные клетки, и далеко не все из них переходят в фазу радикулярной кисты даже при длительном течении. Только 20% всех хронических периапикальных процессов, содержащих эпителий, приводят к развитию радикулярных кист [17—19].

W. Jia и соавт. (2023) обнаружили корреляцию между эхографическими и гистологическими характеристи-

Таблица 2. **Клинические данные пациентов с ЮОК**
Table 2. **Clinical features of patients with inflammatory collateral cysts**

Пациент	Одно/двустороннее поражение	Зуб в проекции кисты	Боли	Свищевой ход	Холодовая проба	Ретенция зуба	Дистопия зуба
1	Одностороннее, справа	Первый моляр	Нет	Нет	Неинформативна из-за ретенции зуба	Да	Да
2	Одностороннее, справа	Второй моляр	Да	Нет	Положительная	Частичная	Нет
3	Двустороннее	Первые моляры	Нет	Нет	Положительная	Нет	Только слева
4	Одностороннее, слева	Первый моляр	Да	Да	Слабоположительная	Нет	Нет
5	Одностороннее, слева	Первый моляр	Нет	Нет	Положительная	Нет	Нет
6	Двустороннее	Первые моляры	Да, только слева	Нет	Положительная	Частичная	Нет
7	Двустороннее	Первые моляры	Да, только слева	Нет	Положительная	Нет	Нет
8	Одностороннее	Второй моляр	Да	Нет	Положительная	Нет	Нет

Таблица 3. **Рентгенологические данные пациентов с ЮОК**
Table 3. **Radiological features of patients with inflammatory collateral cysts**

Пациент	Рентгенологическая проекция на двухмерных снимках (ОПТГ или панорамный реформат КЛКТ)	Края очага	Степень сформированности корней зуба в проекции кисты	Расположение на КЛКТ
1	Ниже и дистальнее зуба 4.6	Ровные, четкие	Оценить не представляется возможным из-за наклона зуба. У здорового зуба на противоположной стороне — неполная	Вестибулярнее и дистальнее зуба 4.6
2	В проекции бифуркации и корней зуба 4.7	Четкие, выраженный «ободок» остеосклероза	Неполная, степень соответствует здоровому зубу на противоположной стороне	Вестибулярнее корней зуба 4.7
3	В проекции бифуркации и корней зубов 3.6, 4.6	Четкие, выраженный «ободок» остеосклероза	Неполная, симметричная	Вестибулярнее корней зубов 3.6, 4.6
4	В проекции бифуркации зуба 3.6	Нечеткие	Неполная, степень соответствует здоровому зубу на противоположной стороне	Вестибулярнее бифуркации корней зуба 3.6
5	Вдоль и ниже медиального корня 3.6	Нечеткие	Неполная, степень соответствует здоровому зубу на противоположной стороне	Вестибулярнее и медиальнее медиального корня зуба 3.6
6	В проекции бифуркации 3.6, 4.6	Нечеткие	Неполная, симметричная	Вестибулярнее бифуркации 3.6, 4.6
7	В проекции бифуркации 3.6, 4.6	Ровные, четкие	Неполная, симметричная	Вестибулярнее бифуркации корней и дистальнее 3.6, 4.6
8	В проекции дистального корня 4.7	Нечеткие	Неполная, степень соответствует здоровому зубу на противоположной стороне	В проекции дистального корня 4.7

ками периапикальных процессов, при этом отсутствие признаков кровотока на УЗИ позволяло говорить о кистозной трансформации с чувствительностью признака 95,1% [20].

Следовательно, можно говорить о том, что образованию ЮОК также предшествует фаза роста грануляционной ткани, лишь на более поздних этапах прорастающей эпителиальными тяжами с формированием выстилки, описанной в предыдущем клиническом случае.

В обоих случаях патогномоничным рентгенологическим симптомом было преимущественное расположение ЮОК с вестибулярной стороны от бифуркации зуба, но без вовлечения периапикальных тканей. Этот симптом наиболее постоянен, так как выявлялся во всех проанализированных нами случаях **(табл. 3)**. При этом подтвердить вестибулярное расположение ЮОК можно только по данным КЛКТ, так как на двухмерных снимках киста наиболее часто проецировалась на область бифуркации корней (отсюда синонимичное название «мандибулярные щечные бифуркационные кисты»).

В качестве лечебной хирургической манипуляции в 6 случаях из 8 проведена цистэктомия, в 2 — цистотомия. Во всех случаях получен стойкий лечебный эффект (период наблюдения составил от 3 мес до 7 лет) с заживлением очага просветления и продолженным ростом корней зуба, вовлеченного в ЮОК.

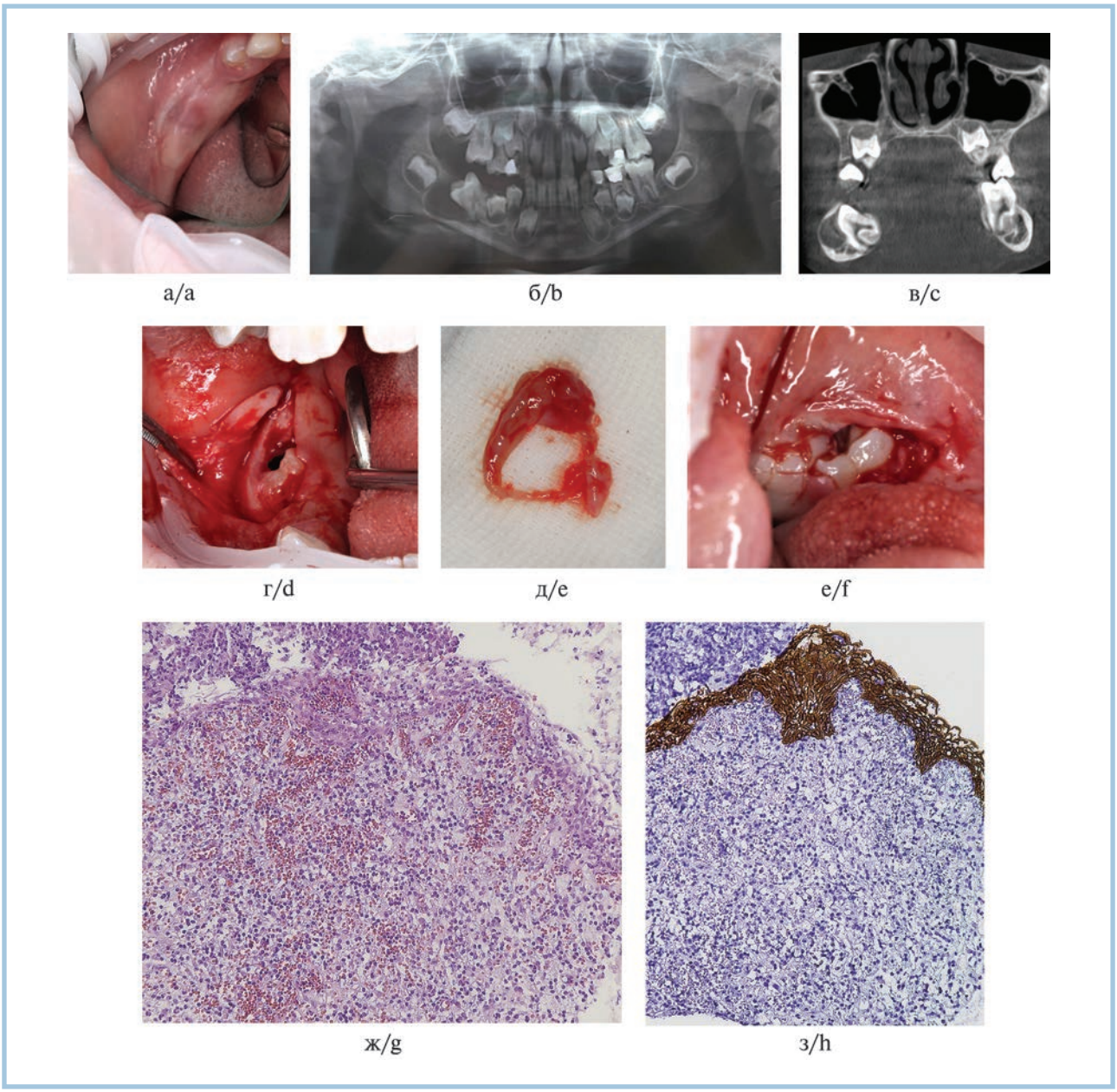


Рис. 1. **Мальчик 8 лет с ЮОК на фоне дистопии и почти полной ретенции зуба 4.6.**

а — вид правой нижней ретромолярной области. Визуально ретенция зуба 4.6 полная, но при более тщательном осмотре с вестибулярной стороны определяется небольшое сообщение с полостью рта; б — ОПТГ; в — аксиальный срез КЛКТ в проекции зуба 4.6; г — отслойка слизисто-надкостничного лоскута обнажила резко дистопированную коронку 4.6 и вход в костный карман с вестибулярной стороны; д — выделенная оболочка кисты; е — рана ушита частично для фиксации ортодонтической аппаратуры на вестибулярную поверхность 4.6; ж — гистологический препарат (окраска гематоксилином и эозином, увеличение ×10) демонстрирует воспалительную инфильтрацию; з — ИГХ-исследование с маркером HMW визуализирует эпителиальную выстилку.

Fig. 1. **An 8-year-old boy with ICC against the background of dystopia and almost complete retention of tooth 4.6.**

a — view of the right lower retromolar region. Visually the retention of tooth 4.6 is complete, but upon closer examination from the vestibular side a small connection with the oral cavity is determined; b — OPG; c — axial section of CBCT in the projection of tooth 4.6; d — detachment of the mucoperiosteal flap exposed a severely dystopic crown of 4.6 and the entrance to the bone pocket from the vestibular side; e — isolated cyst membrane; f — the wound is partially sutured to fix the orthodontic appliance on the vestibular surface of 4.6; g — a histological preparation (hematoxylin and eosin staining, magnification ×10) demonstrates inflammatory infiltration; h — IHC study with the HMW marker visualizes the epithelial lining.

Клинический случай 3

Девочка 14 лет обратилась из-за болезненности в области не полностью прорезавшегося зуба 4.7. При осмотре видно, что у 4.7 прорезались только медиальные бугры **(рис. 3, а)**. С вестибулярной стороны определяется выбухание, резко болезненное при пальпации, а также десневой карман глубиной >1 см с кровоточивостью при зондировании. На ранее выполненной ОПТГ в проекции верхушек корней имеется очаг просветления с четкими контурами, по расположению, форме и четкости границ схожий с радикулярной кистой **(рис. 3, б)**. Однако положительная холодовая проба в 4.7 не согласуется с этим диагнозом. На аксиальном срезе КЛКТ видно преимущественно вестибу-

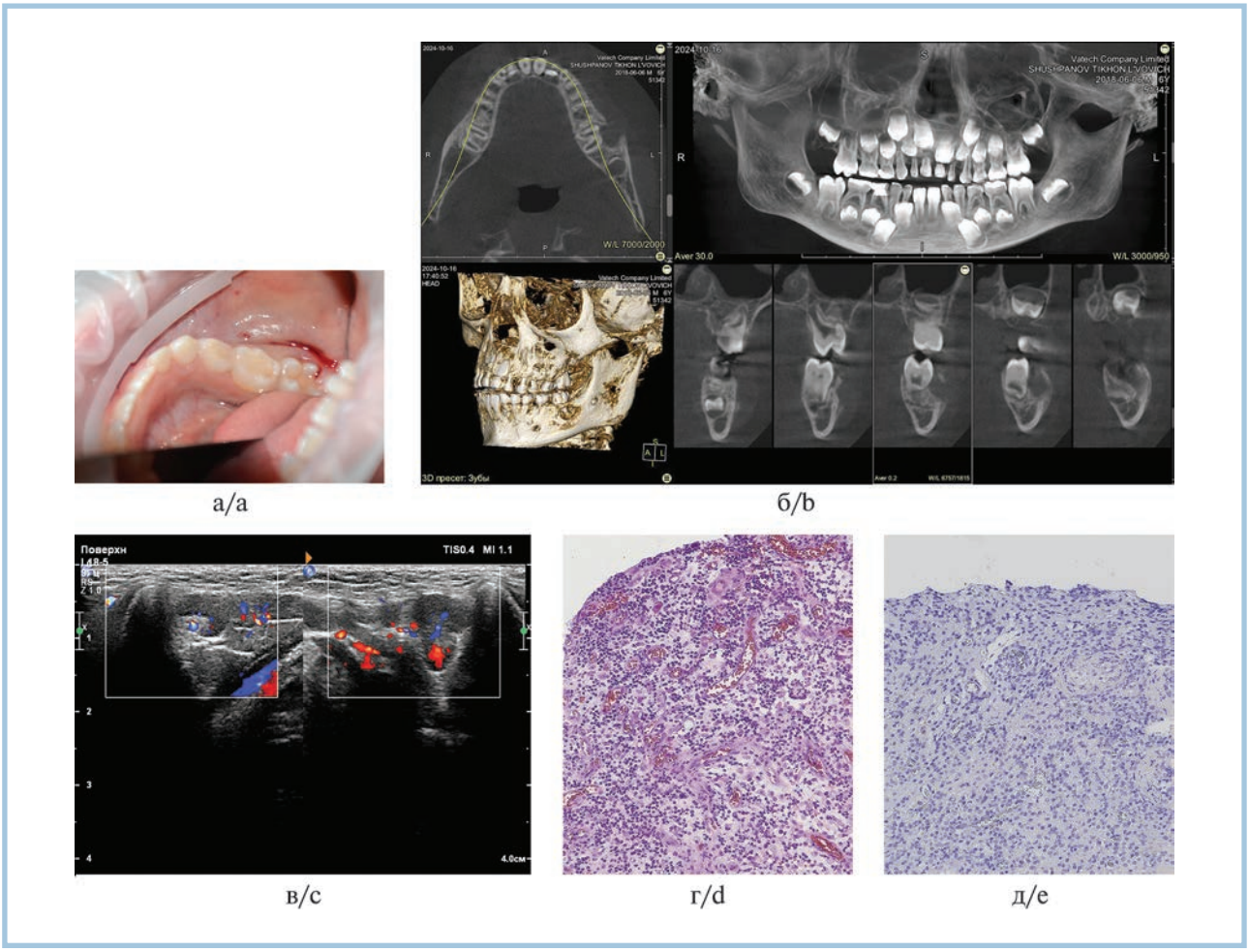


***Рис. 2.* Мальчик 6 лет с формирующейся ЮОК на фоне затрудненного прорезывания зуба 3.6.**

а — внутриротовое фото левой половины нижней зубной дуги; небольшое количество крови выделилось при зондировании глубокого десневого кармана в области 3.6; б — КЛКТ; в — допплеровское исследование зоны образования; г — гистологический препарат (окраска гематоксилином и эозином, увеличение ×10) демонстрирует грануляционную ткань с воспалительной инфильтрацией; д — ИГХ-исследование с маркером HMW эпителиальную выстилку не выявило.

***Fig. 2.* A 6-year-old boy with developing ICC against the background of difficult eruption of tooth 3.6.**

a — intraoral photo of the left half of the lower dental arch; a small amount of blood was released during probing of the deep gingival pocket in the area of 3.6; b — CBCT; c — Doppler study of the lesion area; d — histological preparation (hematoxylin and eosin staining, magnification ×10) demonstrates granulation tissue with inflammatory infiltration; e — IHC study with the HMW marker did not reveal the epithelial lining.

лярное расположение образования **(рис. 3, в)**. С диагнозом ЮОК выполнена цистэктомия. Через 1 год после лечения отмечены полное заживление очага просветления и продолженный рост корней зуба 4.7, свидетельствующий о сохранении его витальности **(рис. 3, г)**.

Случай демонстрирует эффективную тактику лечения ЮОК. При анализе научных публикаций очевидно, что со временем, по мере накопления клинических данных, подход к лечению ЮОК становится менее радикальным. Сразу после выделения ЮОК в отдельную нозологическую форму рекомендовалась цистэктомия с удалением зуба [7, 21], затем — просто цистэктомия [3, 8, 10], в еще более поздних работах появились сообщения об успешном лечении ЮОК с помощью цистотомии или марсупиализации [22]. Имеются также сообщения о спонтанной регрессии, по сути представляющей собой эффект «аутомарсупиализации» за счет дренирования кисты через пародонтальный карман по мере прорезывания зуба [23]. Однако вероятность спонтанной регрессии для конкретного случая предсказать невозможно, поэтому тактика наблюдения ЮОК неоправданна. Сравнительную же эффективность остальных методик рассчитать сложно из-за относительной редкости заболевания. Все авторы единодушно сходятся во мнении, что удаление или эндодонтическое лечение зуба, вовлеченного в кисту, не показано, что подтверждается и нашими наблюдениями — во всех 8 случаях отмечен продолженный рост корней зубов в зоне кисты, рецидивов ЮОК при сохранении зубов также не отмечено.

Заключение

ЮОК имеют много схожих черт с другими одонтогенными кистами воспалительного происхождения, но проведенный нами анализ клинических случаев позволяет сформулировать характерные отличительные признаки ЮОК:

— поражение первых, реже вторых постоянных моляров;

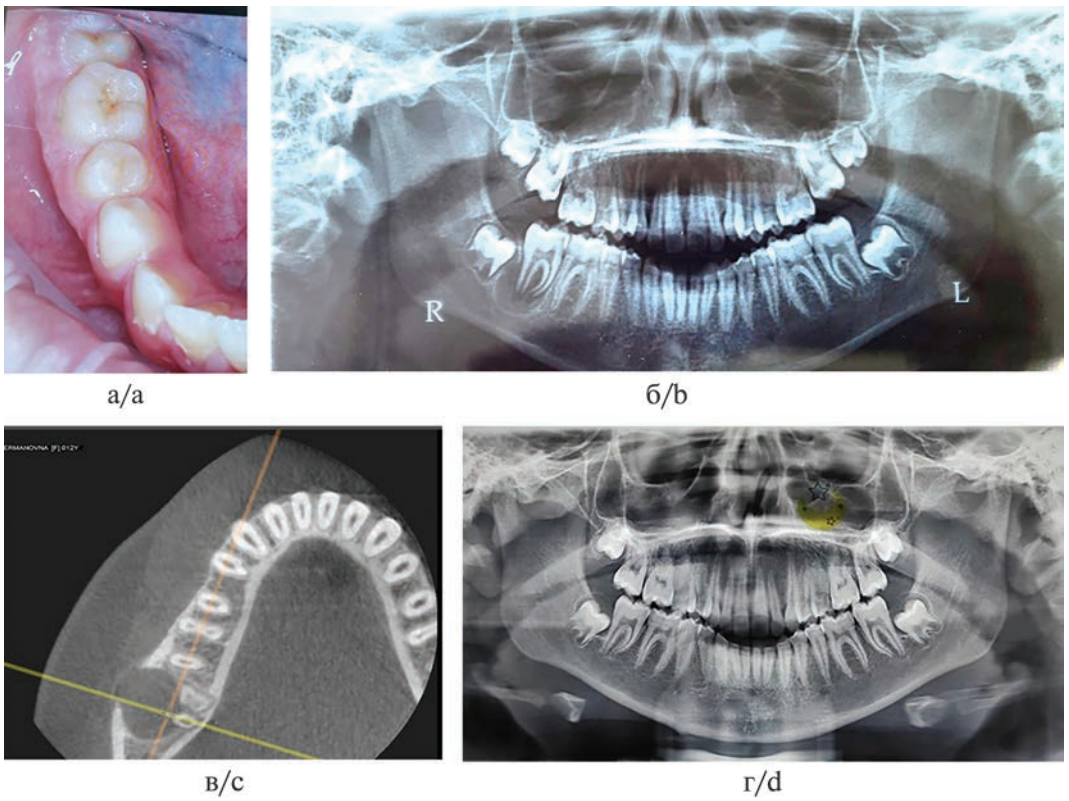


Рис. 3. **Девочка 14 лет с ЮОК в области зуба 4.7, «имитирующей» радикулярную кисту.**

а — внутриротовое фото правой половины нижнего зубного ряда; б — ОПТГ до вмешательства; в — аксиальный срез КЛКТ до вмешательства; г — ОПТГ через 1 год после хирургического лечения.

Fig. 3. **A 14-year-old girl with ICC in the area of tooth 4.7, «mimicking» a radicular cyst.**

a — intraoral photo of the right half of the lower dentition; b — OPG before the intervention; c — axial CBCT section before the intervention; d — OPG 1 year after surgical treatment.

— ассоциация с неполным или затрудненным прорезыванием соответствующего зуба (отсюда возрастные пики 6—8 и 11—14 лет, сопряженные с прорезыванием первых и вторых моляров соответственно);
— боль, чувство распирания, отек и гиперемия слизистой оболочки возможны, но присутствуют не всегда;
— постоянный клинический признак — десневой карман с вестибулярной стороны не полностью прорезавшегося зуба и кровоточивость при зондировании;
— преимущественно вестибулярное расположение образования, выявляемое на КЛКТ (двухмерные снимки малоинформативны);
— сохранение интактной кости в периапикальной зоне зуба — источника инфекции;
— сохранение витальности зуба — источника инфекции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Friedrich RE, Scheuer HA, Zustin J. Inflammatory paradental cyst of the first molar (buccal bifurcation cyst) in a 6-year-old boy: case report with respect to immunohistochemical findings. *Vivo*. 2014;28:333-339.
2. Mufeed A, Chatra L, Shenai P. Diagnostic features of the paradental cyst and report of a case. *Dentomaxillofac Radiol*. 2009;38:125-126.
3. Thikkurissy S, Glazer KM, McNamara KK, Tatakis DN. Buccal bifurcation cyst in a 7-year-old: surgical management and 14-month follow-up. *J Periodontol*. 2010;81(3):442-446.
4. Dave M, Thomson F, Barry S, Horner K, Thakker N, Petersen HJ. The use of localised CBCT to image inflammatory collateral cysts: a retrospective case series demonstrating clinical and radiographic features. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2020 Jun;21(3):329-337. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31728914; PMCID: PMC7256106. https://doi.org/10.1007/s40368-019-00488-8
5. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol*. 2017;11:68-77.
6. Main DM. Epithelial jaw cysts: a clinic pathological reappraisal. *Br J Oral Surg*. 1970;8:114-125.
7. Stoneman DW, Worth HM. The mandibular infected buccal cyst: molar area. *Dent Radiogr Photogr*. 1983;56:1-14.

8. Pompura JR, Sandor GKB, Stoneman DW. The buccal bifurcation cyst: a prospective study of treatment outcomes in44 sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83:215-221.

9. Main DM. Epithelial jaw cysts: 10 years of the WHO classification. *J Oral Pathol.* 1985;14:1-7.

10. Vedtofte P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;68:182-188.

11. Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Suei Y, Takata T. The inflammatory paradental cyst: a critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from the author's files. *J Oral Pathol Med.* 2004 Mar; 33(3):147-155. https://doi.org/10.1111/j.0904-2512.2004.00139.x

12. Короленкова М.В., Старикова Н.В. Дентальные осложнения компрессионно-дистракционного остеогенеза нижней челюсти. *Стоматология.* 2020;99(6-2):24-28.
Korolenkova MV, Starikova NV. Dental complications of the mandibular distraction osteogenesis. *Stomatology.* 2020;99(6-2):24-28. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/stomat20209906224

13. Короленкова М.В. Ювенильные околозубные кисты у детей после компрессионно-дистракционного остеогенеза нижней челюсти: исследование случай—контроль и анализ клинических случаев. *Стоматология.* 2015;94(6):36-40.
Korolenkova MV. Juvenile paradental cysts in children after mandible distraction: case-control study and clinical cases presentation. *Stomatology.* 2015;94(6):36-40. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/stomat201594636-40

14. De Grauwe A, Mangione F, Mitsea A, et al. Update on a rare mandibular osteolytic lesion in childhood: the buccal bifurcation cyst. *BJR Case Rep.* 2018;4:20170109.

15. Maruyama S, Yamazaki M, Abé T, et al. Paradental cyst is an inclusion cyst of the junctional/sulcular epithelium of the gingiva: histopathologic and immunohistochemical confirmation for its pathogenesis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015;120:227-237.

16. Lo Muzio L, Mascitti M, Santarelli A, et al. Cystic lesions of the jaws: a retrospective clinicopathologic study of 2030 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;124:128-138.

17. Estrela C, Carmo Souza PO, Barbosa MG, Aburad de Carvalhosa A, Batista AC, Pinto Júnior DDS, et al. Mesenchymal stem cell marker expression in periapical abscess. *J Endod.* 2019;45(6):716-723.

18. Weber M, Schlittenbauer T, Moebius P, Büttner-Herold M, Ries J, Preidl R, et al. Macrophage polarization differs between apical granulomas, radicular cysts, and dentigerous cysts. *Clin Oral Investig.* 2018;22(1):385-394.

19. de Carvalho Fraga CA, Alves LR, de Sousa AA, de Jesus SF, Vilela DN, Pereira CS, et al. Th1 and Th2-like protein balance in human inflammatory radicular cysts and periapical granulomas. *J Endod.* 2013;39(4):453-455.

20. Jia W, Jing H, Xia G, Angang D, Wei Z, Pengfei Z, Shujun R, Mengying M, Zhengwei H, Shensheng G. Utility of Ultrasonography for Diagnosing and Differentiating Periapical Granuloma from Radicular Cyst. *Acad Radiol.* 2023 Oct;30(10):2329-2339. https://doi.org/10.1016/j.acra.2023.05.039

21. el-Magboul K, Duggal MS, Pedlar J. Mandibular infected buccal cyst or a paradental cyst? Report of a case. *Br Dent J.* 1993;175:330-332.

22. Lizio G, Corinaldesi G, Bianchi A, Marchetti C. Successful resolution of juvenile paradental cysts after marsupialization in five consecutive patients. *Aust Dent J.* 2011 Dec;56(4):427-432. Epub 2011 Oct 13. PMID: 22126354. https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2011.01364.x

23. David LA, Sa`ndor GK, Stoneman DW. The buccal bifurcationcyst: is non-surgical treatment an option? *J Can Dent Assoc.* 1998;64:712-716.

Поступила 18.11.2024
Received 18.11.2024
Принята 20.01.2024
Accepted 20.01.2024