

## РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

**МОДИНА ТАМАРА НИКОЛАЕВНА**, ORCID: 0000-0002-2036-9464; докт. мед. наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, Россия, Москва, тел. +7-910-420-50-04, e-mail: tnmodina@mail.ru

**ЦИНЕККЕР ДИНА АЙДАРОВНА**, ORCID: 0000-0002-8366-5731; канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, Казань, тел. +7-903-341-46-46, e-mail: dzinecker@mail.ru

**ЦИНЕККЕР ДАРЬЯ ТИЛОВНА**, ORCID: 0000-0001-6635-0941; студентка V курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Россия, Санкт-Петербург, тел. +7-967-343-43-90, e-mail: daschaz@inbox.ru

**КУЗНЕЦОВ ЕВГЕНИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ**, ORCID: 0000-0002-0775-3596; студент V курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Россия, Санкт-Петербург, тел. +7-921-554-95-05, e-mail: kyznezovg95@mail.ru

**Реферат.** Лечение кист челюстей в современных условиях, когда пациенты предъявляют требования к быстрому процессу реабилитации и сохранению эстетики на всем протяжении лечения, требует современных методов диагностики кист (компьютерная томография) и новых подходов к хирургическому лечению. **Цель исследования** – определение тактики ведения врачом-стоматологом детским радикулярной кисты верхней челюсти справа у девочки 16 лет, с демонстрацией этапов лечения и динамического наблюдения. На примере данного клинического случая важна была правильно выбранная тактика ведения во избежание нанесения ущерба опорным зубам ребенка. Диагностирование данного заболевания в полном объеме возможно лишь при клинико-рентгенологическом обследовании и совместной междисциплинарной консультации. В тактике ведения и лечения крайне важна междисциплинарная работа врача-стоматолога детского, врача-хирурга, врача-ортопеда, а также своевременная диагностика цитологического материала в целях онкологической настороженности и профилактики ранней утраты зубов. **Материал и методы.** Представлен клинический случай пациентки (16 лет) с диагнозом «радикулярная киста верхней челюсти», данными анамнеза заболевания и жизни, клинико-рентгенологическим обследованием, гистологическим (жидкостная цитология) и цитологическим исследованием. За период лечения проводились совместная консультация с челюстно-лицевым хирургом и врачом-ортопедом (снятие слепков), эндодонтическое лечение с инструментальной обработкой корневых каналов, забором эндоканального содержимого и содержимого периапикальных тканей, гистологическое исследование, временное пломбирование корневых каналов, постановка временной пломбы с последующей (второе посещение) трехмерной obturацией корневых каналов, клинико-рентгенологическое обследование, операция цистэктомии, резекция верхушек корней зубов 1.1 и 1.2, контрольное клинико-рентгенологическое обследование через 3 мес после операции. **Результаты и их обсуждение.** Таким образом, на примере данного клинического случая пациентки с диагнозом «радикулярная киста верхней челюсти» хотелось бы подчеркнуть, что важна была правильно выбранная тактика ведения во избежание нанесения ущерба опорным зубам ребенка. В практике врача-стоматолога детского данные случаи встречаются не так часто. Диагностирование данного заболевания в полном объеме возможно лишь при клинико-рентгенологическом обследовании и совместной междисциплинарной консультации. **Выводы.** В тактике ведения и лечения крайне важна междисциплинарная работа врача-стоматолога детского, врача-хирурга, врача-ортопеда, а также своевременная диагностика цитологического материала в целях онкологической настороженности и профилактики ранней утраты зубов. Срок полной реабилитации больных с кистами челюстей достаточно большой – от 1 до 2 лет.

**Ключевые слова:** кисты челюстей, радикулярная киста, лечение кист.

**Для ссылки:** Радикулярная киста в практике врача-стоматолога детского. Тактика ведения / Т.Н. Модина, Д.А. Цинеккер, Д.Т. Цинеккер, Е.А. Кузнецов // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12, вып. 3. – С. 83–88. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(3).83-88.

## RADICULAR CYST IN THE PRACTICE OF PEDIATRIC DENTIST, MANAGEMENT PLAN

**MODINA TAMARA N.**, ORCID: 0000-0002-2036-9464; D. Med. Sci., professor of the Department of maxillofacial surgery and dentistry of Institute of advanced physician training of National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov, Russia, Moscow, tel. +7-910-420-50-04, e-mail: tnmodina@mail.ru

**TSINECKER DINA A.**, ORCID: 0000-0002-8366-5731; C. Med. Sci., associate professor of the Department of pediatric dentistry of Kazan State Medical University, Russia, Kazan, tel. +7-903-341-46-46, e-mail: dzinecker@mail.ru

**TSINECKER DARIA T.**, ORCID: 0000-0001-6635-0941; 5th year student of Dental faculty of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Russia, Saint Petersburg, tel. +7-967-343-43-90, e-mail: daschaz@inbox.ru

**KUZNETSOV EVGENIY A.**, ORCID: 0000-0002-0775-3596; 5th year student of Dental faculty of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Russia, Saint Petersburg, tel. +7-921-554-95-05, e-mail: kyznezovg95@mail.ru

**Abstract.** Jaw cyst treatment in modern reality when patients demand quick rehabilitation process and maintaining aesthetics throughout the treatment, require modern methods of diagnosis (computed tomography) as well as the new approaches to surgical treatment. **Aim.** The aim of the study was to determine a management plan for a pediatric dentist in 16-year-old girl presenting with upper jaw radicular cyst, demonstrating the stages of treatment and follow-up.

Considering this clinical case as an example, correct management plan was important to avoid child abutment teeth damage. Complete diagnosis of this disease is possible only via clinical, radiological examination and joint interdisciplinary consultation. The interdisciplinary work of a pediatric dentist, a surgeon, an orthopedic surgeon, as well as timely cytological material study is extremely important in management and treatment plan in order to achieve oncologic alertness and to prevent early teeth loss. **Material and methods.** A clinical case of 16 year old patient diagnosed with upper jaw radicular cyst. Medical and life history, clinical x-ray, histological (fluid cytology) and cytological studies were applied. During the management period, a joint consultation of maxillofacial surgeon, orthopedic surgeon (impression taking), endodontic treatment, including root canals instrumental treatment, endo-canal and periapical tissue sampling, histological study, temporary root canal filling, temporary filling setting, followed (second visit) by three-dimensional root canal obturation, clinical and radiological studies, cystectomy, root tip resection in teeth 1.1 and 1.2, and control clinical and radiological study 3 months after surgery. **Results and discussion.** Thus, the example of this clinical case of a patient with a diagnosis of upper jaw radicular cyst allows one to emphasize that the correct management plan is important to avoid child abutment teeth damage. Such cases are less common in the practice of pediatric dentist. Diagnosis of this disease in full is possible only via clinical and radiological examination and joint interdisciplinary consultation. **Conclusion.** The interdisciplinary work of the pediatric dentist, surgeon, orthopedic surgeon, as well as the timely cytological material study is extremely important in management and treatment plan in order to achieve oncologic alertness and to prevent early teeth loss. The period of complete rehabilitation in patients with jaw cysts is quite long, taking from 1 to 2 years.

**Key words:** jaw cysts, radicular cyst, cyst treatment.

**For reference:** Modina TN, Tsinecker DA, Tsinecker DT, Kuznetsov EA. Radicular cyst in the practice of pediatric dentist. Management plan. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2019; 12 (3): 83-88. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(3).83-88.

**Актуальность.** По данным Л.Н. Комардина и А.Ф. Романчишина, неорганические первичные опухоли составляют 1,25% всех опухолей человека (1991). Одонтогенные опухоли относятся к органоспецифическим и встречаются только в челюстных костях, так как образование их связано с пороком развития тканей, из которых формируется зуб, или с наличием зуба в челюсти. Среди одонтогенных новообразований истинную опухолевую природу имеют лишь некоторые из них (амелобластома и ее разновидность мягкая одонтома, фолликулярная киста, одонтогенная фиброма, цементома и др.). Остальные одонтогенные новообразования часто являются результатом диспластических процессов и пороков развития зуба (твердая одонтома) или хронического одонтогенного воспаления (одонтогенные кисты) и встречаются в детском возрасте в преобладающем количестве случаев [1, 2].

Доброкачественные новообразования челюстей встречаются достаточно часто в практике стоматолога и челюстно-лицевого хирурга. Согласно одному из крупных исследований, посвященному анализу встречаемости одонтогенных опухолей и кист челюстей, с 1993 по 2011 г. было отмечено, что в 69,86% наблюдений выявлены кисты челюстей, а одонтогенные опухоли – в 30,14% случаев [3]. Среди кист чаще всего (61,80%) встречались околокорневые кисты. Околокорневые кисты не относят к истинным опухолям, несмотря на то что они зачастую достигают особо крупных размеров, захватывая тело нижней челюсти, ветвь и даже подбородочную область (редко переходя на противоположную сторону); они не обладают инвазивным ростом, а их экспансия происходит за счет давления жидкости (содержимого) кисты на кость изнутри. Однако, согласно данным Paul J.W. Stoelinga [4], околокорневые кисты челюстей могут стать причиной возникновения карциномы; систематическим это явление назвать нельзя, так как в большинстве случаев это возникает неожиданно. Однако L. Vodner et al. [5] описали 116 хорошо задокументированных случаев по данным литературы (последнее относится к фолликулярным

кистам челюстей). Согласно этим данным кисты челюстей, в том числе околокорневые кисты, являются потенциальными источниками злокачественных новообразований, и вероятность возникновения очагов озлокачествления повышается с увеличением размера и длительности существования кисты. Не только потенциальная возможность озлокачествления, но и другие проблемы (переломы челюстей, проникновение в верхнечелюстные пазухи и глазницу, смещение нижнечелюстного нерва, парестезии и периодические обострения хронического воспаления) требуют своевременного лечения пациентов с данными новообразованиями.

Кисты верхнечелюстных пазух (ВЧП) зубного происхождения (одонтогенные) могут быть радикулярные и фолликулярные. Радикулярная (околокорневая) киста формируется в результате некроза эпителиальных гранул верхушки корня кариозного зуба, рост кисты происходит в результате атрофии окружающей кости. Зубная киста по мере роста может отодвигать дно ВЧП, уменьшая истинный объем синуса, или проникать в пазуху. Фолликулярные кисты развиваются очень медленно из зубного фолликула вследствие нарушения развития зубного зачатка [6]. Киста представляет собой полое образование, выстланное соединительнотканной оболочкой и заполненное жидкостью желтого цвета, содержащей холестерин. Оболочка кисты состоит из трех слоев: наружного – плотной соединительной ткани, среднего – ткани типа грануляционной, внутреннего – многослойного плоского эпителия. В начальной стадии развития кисты еще нет внешне заметных деформаций альвеолярного отростка или тела челюсти, и болезнь протекает бессимптомно. Поэтому диагноз на ранней стадии можно установить лишь при помощи рентгенографии.

На рентгенограмме при корневой кисте определяется очаг деструкции костной ткани округлой формы, с четкими ровными контурами, связанный с корнем или верхушкой корня «причинного» зуба (рис. 1). При выраженной клинической картине основным симптомом заболевания является утолще-

ние альвеолярного отростка или челюсти, которое нередко обуславливает асимметрию лица [7]. В МКБ-10 выделяют корневые кисты (апикальная, остаточная, воспалительная пародонтальная и др.) и кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов (киста при прорезывании, киста десны, роговая киста, фолликулярная киста, боковая периодонтальная киста и др.) [8]. Около 50% всех случаев развития радикулярных кист приходится на фронтальную группу зубов, которая является эстетически значимой зоной, влияющей на качество жизни пациента. При составлении плана лечения врач-стоматолог должен решить вопрос о возможном сохранении «причинного» и рядом стоящих зубов [9].

Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что ущерб, нанесенный в молодости опорным зубным тканям, невосполним и в среднем возрасте это приводит к значительному разрушению зубного аппарата [10, 11]. Важно правильно поставить диагноз, исключая онкологическую патологию полости рта из-за сходства клинических проявлений патологии.

Сроки раннего выявления онкологического заболевания имеют жизненно важное значение. Доказано, что увеличение числа больных с запущенными формами онкологических заболеваний челюстно-лицевой области имеет ряд причин: отсутствие онкологической настороженности у врача-стоматолога на амбулаторном приеме; низкая грамотность врачей в плане диагностики и дифференциальной диагностики онкологических заболеваний; недооценка клинических данных и неадекватное лечение; позднее обращение пациентов к врачу; отсутствие маршрутизации онкологических больных [12].

Для лечения таких больных давно используют классические плановые оперативные вмешательства (цистотомия, цистозектомия), с помощью которых достигается высокий процент излечения. Выбор метода лечения зависит от размера кисты, близости к важным анатомическим образованиям, месторасположения в челюсти. Операция может проводиться как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Однако этого удается достичь при определенных условиях (удаление «причинных» зубов, радикальность операции). В современных условиях, когда пациенты предъявляют требования к быстрому процессу реабилитации и сохранению эстетики на всем протяжении лечения, требуются некоторые модификации классических этапов операции. Лечение кист начинается с диагностики. Компьютерная томография – обязательный этап обследования. Вторым важным моментом является морфологическое исследование образования. В некоторых случаях при классическом медленном росте, типичном расположении кист допустимо одномоментное удаление образования и замещение образовавшегося дефекта аутогенным, ксеногенным или аллогенным трансплантатом после морфологического исследования [13].

В реабилитационном периоде обязательным является диспансерное наблюдение за состоянием челюстно-лицевой области пациента, так как при не-

полном удалении всей оболочки радикулярной кисты возможен ее рецидив. Повторная рентгенография после хирургического вмешательства, при которой учитываются объем восстановленной костной ткани дефекта и отсутствие признаков рецидива, проводится через 6 мес [9].

**Материал и методы.** На кафедру стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО КГМУ (Казань) была направлена девочка, 16 лет, с диагнозом «радикулярная киста верхней челюсти справа в области зубов 1.2 и 1.1» от врача-стоматолога детского, с целью хирургического удаления зубов в очаге поражения, вылущивания поврежденных тканей и последующего протезирования. Жалобы при поступлении: периодические ноющие боли в течение месяца в области верхней челюсти во фронтальном отделе в проекции зубов 1.1 и 1.2, асимметрия лицевого скелета, отек и сглаженность носогубной складки, болезненность при пальпации, увеличивающаяся припухлость над передними зубами. Анамнез жизни не отягощен, аллергии на лекарственные средства отрицает. Хронических заболеваний не диагностировано, на учете в других медицинских учреждениях не состоит. На наследственные заболевания не обследовалась. Анамнез заболевания: в детстве была травма передних зубов верхней челюсти, после травмы зуб 1.2 изменился в цвете и почернел, ранее было проведено эндодонтическое лечение зуба 1.2.

Объективно: лицо ассиметрично, носогубная складка сглажена, болезненна при пальпации, имеется отек по переходной складке, коронки зубов 1.2 и 1.1 изменены в цвете, наблюдается подвижность зубов 2–3-й степени.

*Клинико-рентгенологическое обследование.* Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) от 14.07.2018 г. (см. рис. 1): очаг деструкции костной ткани округлой формы, с четкими контурами, размером 16,78×10,95 (см. рис. 1); 17,13×15,47; 12,63×17,41; апикальные части корней зубов 1.1. и 1.2 в очаге деструкции костной ткани.

Жалобы, анамнез и данные объективного обследования позволили нам поставить пациентке предварительный диагноз «радикулярная киста верхней челюсти травматического генеза». Был составлен комплексный план лечебных мероприятий и этапность ведения нашей пациентки.

*1-е посещение (14.07.2018).* Проведена совместная консультация с челюстно-лицевым хирургом, врачом-ортопедом, после чего нами было спланировано терапевтическое лечение; только в случае отрицательного результата биопсии каналов возникла бы необходимость экстренного хирургического вмешательства в условиях стационара. Предварительно врачом-ортопедом были сняты слепки и отлиты контрольно-диагностические модели в случае возникновения необходимости протезирования. Нами было проведено эндодонтическое лечение с подготовкой для последующего хирургического вмешательства по следующему протоколу: инфильтрационная анестезия, изоляция рабочего поля, повторное эндодонтическое лечение зуба 1.2, первичное лечение зуба 1.1 с инструментальной обработкой корневых каналов, забор эндоканаль-

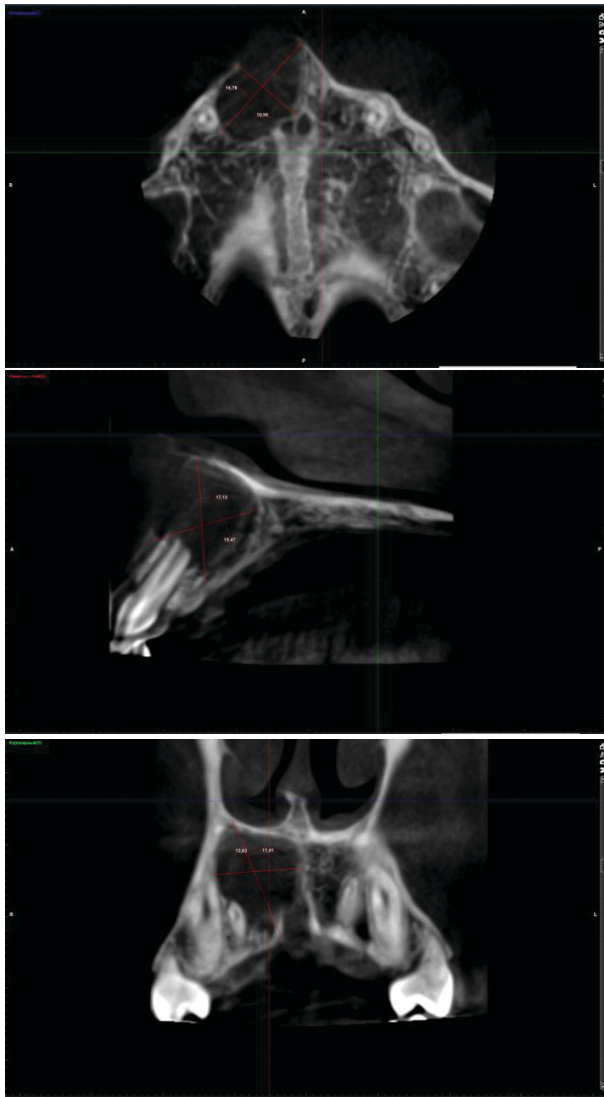


Рис. 1. Конусно-лучевая компьютерная томография от 14.07.2018 г.

ного содержимого и содержимого периапикальных тканей, срочное гистологическое исследование (жидкостная цитология) с последующим временным пломбированием корневых каналов водными препаратами на основе гидроокиси кальция, постановка временной пломбы.

**2-е посещение (24.07.2018).** По результатам цитологического исследования содержимого канала и кисты в полученном материале обнаружены бесструктурные слизеподобные массы, клеточные элементы не обнаружены. Нами проведена изоляция рабочего поля, инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов с последующей трехмерной obturацией корневых каналов горячей гуттаперчей «Gutta Core». Проведена КЛКТ 24.07.2018 г. (рис. 2), дано направление на госпитализацию в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», в отделение челюстно-лицевой хирургии.

В отделении челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы № 7 27 июля 2018 г. была проведена операция цистэктомии, резекция верхушек корней зубов 1.1 и 1.2 в условиях местной анестезии, морфоцитологическое исследование тканей.

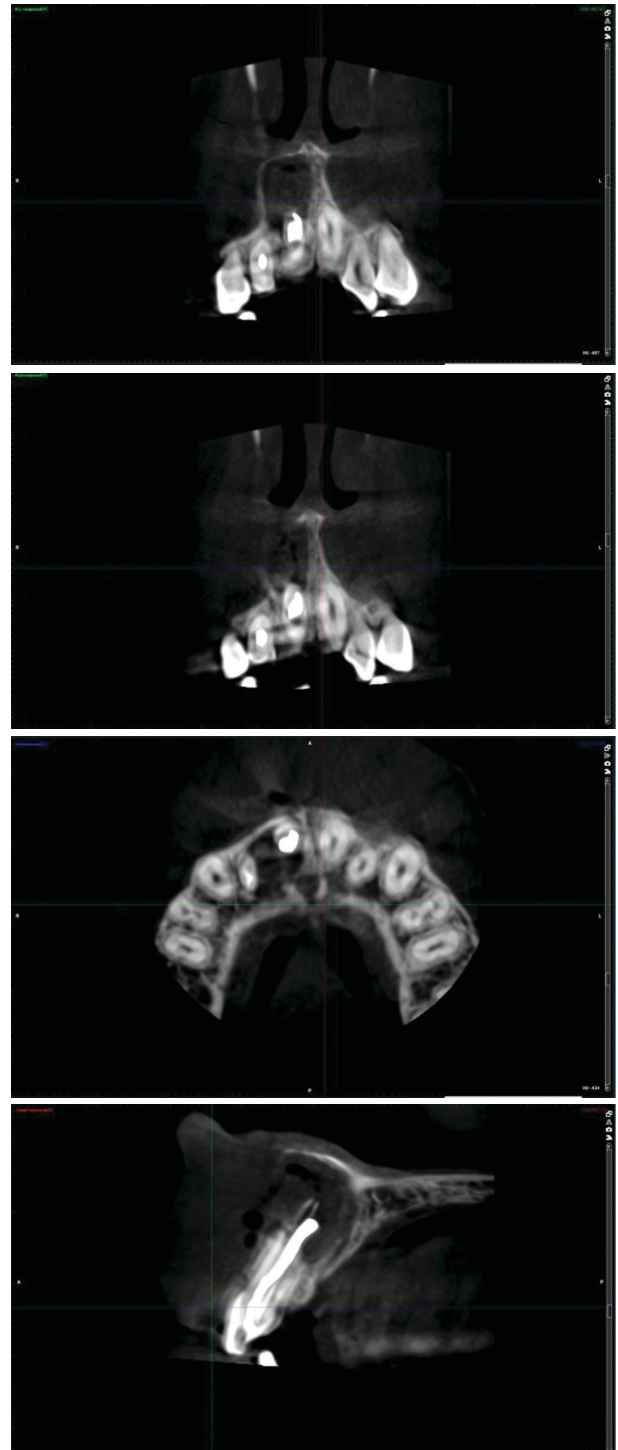


Рис. 2. Конусно-лучевая компьютерная томография от 24.07.2018 г.

**3-е посещение (15.10.2018).** Нами проведен осмотр и контрольное клинико-рентгенологическое обследование с помощью сегментарной компьютерной томографии (15.10.2018), выявился очаг деструкции костной ткани округлой формы, с четким контуром, размером 10,76×13,68; 9,72×11,02 (рис. 3), без клинической симптоматики, с положительной динамикой. Назначена контрольная компьютерная томография через 6 мес, далее каждые полгода в течение двух лет.

**Выводы.** На примере данного клинического случая пациентки с диагнозом «радикулярная киста

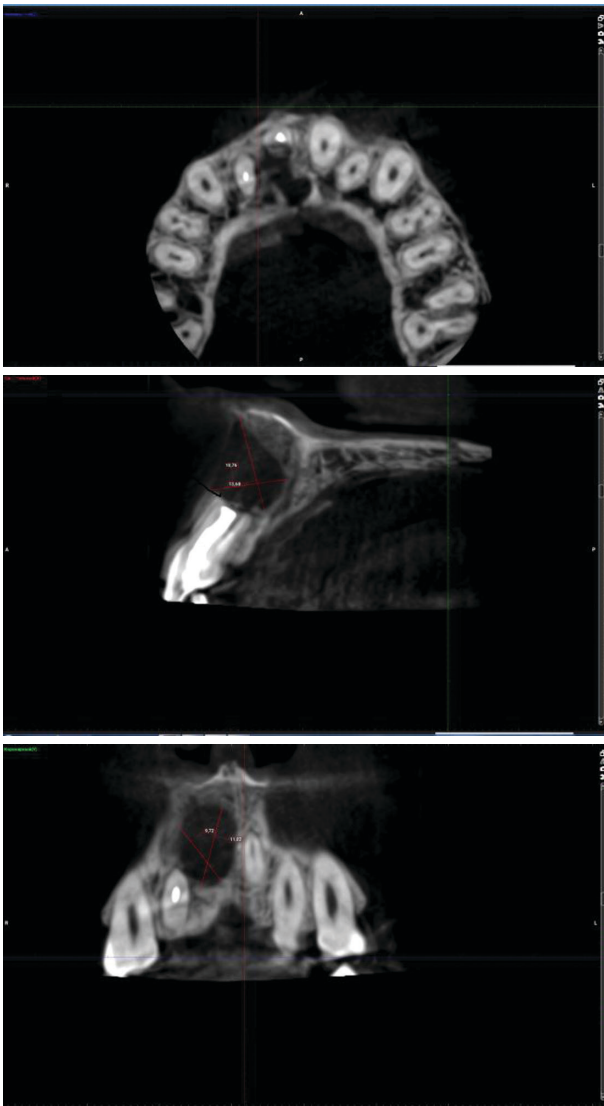


Рис. 3. Конусно-лучевая компьютерная томография от 15.10.2018 г.

верхней челюсти» хотелось бы подчеркнуть, что важна была правильно выбранная тактика ведения во избежание нанесения ущерба опорным зубам ребенка. В практике врача-стоматолога детского данные случаи встречаются не так часто. В тактике ведения и лечения крайне важна междисциплинарная работа врача-стоматолога детского, врача-хирурга, врач-ортопеда, а также своевременная диагностика цитологического материала в целях онкологической настороженности и профилактики ранней утраты зубов. Срок полной реабилитации больных с кистами челюстей достаточно большой – от 1 до 2 лет.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Корсак, А.К. Опухоли челюстно-лицевой области у детей / А.К. Корсак. – 2-е изд., доп. и перераб. – Уфа: БГМУ, 2002. – С.32–46.
2. Колесов, А.А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А.А. Колесов, Ю.И. Воробьев, Н.Н. Каспарова. – М.: Медицина, 1989. – С.211–259.
3. Frequency of odontogenic cyst and tumors: a systematic review / N.R. Johnson [et al.] // Journal of investigative and clinical dentistry. – 2014. – Vol. 5, issue 1. – P.9–14.
4. Stoelinga, Paul J.W. The management of aggressive cysts of the jaws / Paul J.W. Stoelinga // Journal Maxillofac Oral Surg. – 2012. – Vol. 11 (1). – P.2–12.
5. Primary intraosseous squamous cell carcinoma arising in an odontogenic cyst: a clinicopathologic analysis of 116 reported cases / L. Bodner [et al.] // J. Pathol. Med. – 2011. – Vol. 10. – P.733–738.
6. Бернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. – 3-е изд., перераб. и доп. – Витебск: Белмедкнига, 1998. – 416 с.
7. Кушнер, А.Н. Одонтогенные кисты у детей: эпидемиология и лечение / А.Н. Кушнер, В.И. Лапковский, Н.И. Петрович // Современная стоматология. – 2013. – № 2 (57). – С.67–68.
8. Адаптированный вариант Международной классификации болезней для применения в стоматологии: МКБ-С / ВОЗ. Каталогизация публикаций. Библиотечная служба ВОЗ. – 3-е изд. – М., 1997. – С.66–73.
9. Панин, А.М. Хирургическая реабилитация пациентов с радикулярными кистами челюстей / А.М. Панин, Л.Е. Ким, Р.И. Юркевич // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – № 1. – С.28–29.
10. Цинеккер, Д.А. Особенности хронического гипертрофического гингивита у подростков 13–15 лет: дис. ... канд. мед. наук / Цинеккер Дина Айдаровна. – Казань, 2013. – 131 с.
11. Мамаева, Е.В. Пародонтологический статус и функциональное состояние организма у подростков: дис. ... д-ра мед. наук / Мамаева Елена Владимировна. – М., 2007. – 196 с.
12. Амхадова, М.А. Онконастороженность в практике врача-стоматолога / М.А. Амхадова, М.И. Сойхер, Е.Ю. Чуянова // Медицинский алфавит. – 2016. – № 9 (272). – С.7.
13. Раад, З.К. Остеопластическое замещение дефектов челюстей при лечении одонтогенных кист / З.К. Раад, Т.В. Веселова, А. Биabi // Институт стоматологии. – 2014. – № 2 (63). – С.36–38.

## REFERENCES

1. Korsak AK. Opukholi chelyustno-litsevoï oblasti u detei: monografiya [Tumors of the maxillofacial region in children: monograph]. Ufa: Bashkirskiy GMU [Ufa: Bashkir State Medical University]. 2002; 2: 32–46.
2. Kolesov AA, Vorob'yev Yul, Kasparova NN. Novoobrazovaniya myagkikh tkanei i kostei litsa u detei i podrostkov [Neoplasms of soft tissues and bones of the face in children and adolescents]. Moskva: Meditsina [Moscow: Medicine]. 1989; 211–259.
3. Nigel R Johnson, et al. Frequency of odontogenic cyst and tumors: a systematic review. Journal of investigative and clinical dentistry. 2014; 5 (1): 9-14.
4. Paul JW Stoelinga. The Management of Aggressive Cysts of the Jaws. Journal Maxillofac Oral Surg. 2012; 11 (1): 2-12.
5. Bodner L, et al. Primary intraosseous squamous cell carcinoma arising in an odontogenic cyst: a clinicopa-

- thologic analysis of 116 reported cases. J Pathol Med. 2011; 10: 733-738.
6. Bernadskiy Yul. Osnovy chelyustno-litsevoy khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii [Fundamentals of maxillofacial surgery and surgical dentistry]. Vitebsk: Belmedkniga [Vitebsk: Belmedkniga]. 1998; 3: 416 p.
  7. Kushner AN, Lapkovskiy VI, Petrovich NI. Odontogennyye kisty u detey: epidemiologiya i lecheniye [Odontogenic cysts in children: epidemiology and treatment]. Sovremennaya stomatologiya [Modern dentistry]. 2013; 2 (57): 67-68.
  8. VOZ [WHO]. Adaptirovannyi variant Mezhdunarodnoi klassifikatsii boleznei dlya primeneniya v stomatologii: MKB-S [The adapted version of the International Classification of Diseases for use in stomatology: ICD-S]. Katalogizatsiya publikatsii; Bibliotekhnaya sluzhba VOZ [Cataloging publications; WHO library service]. 1997; 3: 66-73.
  9. Panin AM, Kim LYe, Yurkevich RI. Khirurgicheskaya reabilitatsiya patsiyentov s radikulyarnymi kistami chelyustey [Surgical rehabilitation of patients with radicular cysts of the jaws]. Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya [Palliative Medicine and Rehabilitation]. 2015; 1: 28-29.
  10. Tsinekker DA. Osobennosti khronicheskogo gipertrofi-cheskogo gingivita u podrostkov 13-15 let [Features of chronic hypertrophic gingivitis in adolescents 13-15 years old]. Kazan': Kazanskiy GMU [Kazan: Kazan State Medical University]. 2013; 131 p.
  11. Mamayeva YeV. Parodontologicheskii status i funktsional'noye sostoyaniye organizma u podrostkov [Periodontal status and functional status of the body in adolescents]. Moskva: Tsentral'nyy nauchno – issledovatel'skiy institut stomatologii Roszdrava [Moscow: Federal State Institution Central Scientific Research Institute of Dentistry of Roszdrav]. 2007; 196 p.
  12. Amkhadova MA, Soykher MI, Chuyanova YeYu. Onkonastorozhennost' v praktike vracha-stomatologa [Onconstruction in the practice of a dentist]. Meditsinskiy alfavit [Medical Alphabet]. 2016; 9 (272): 7.
  13. Raad ZK, Veselova TV, Biabi A. Osteoplasticheskoye zameshcheniye defektov chelyusteĭ pri lechenii odontogennykh kist [Osteoplastic replacement of jaw defects in the treatment of odontogenic cysts]. Institut Stomatologii [Institute of Dentistry]. 2014; 2 (63): 36-38.