

2. Отдельные аспекты маркетинговых исследований регионального рынка слабительных лекарственных препаратов / С.А. Михайлова [и др.] // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр./ под ред. М.В. Гаврилина. – Пятигорск: Пятигорская ГФА. – 2011. – Вып. 66. – С. 781–784.

3. Редченко В. Н., Хишова О. М. Анализ требований некоторых фармакопей, предъявляемых к экстрактам // Химико-фармацевтический журнал. – 2006. – № 1. – С. 37–40.

4. Самылина И. А., Иванов А. И., Кумышева Л. А., Блинова О. А., Марченко С. Д. Перспективы создания сухих экстрактов // Фармация. – 2006. – № 2. – С. 43–46.

5. Лесиовская Е. Е. Фармакотерапия с основами фитотерапии: учеб. пособие / Е.Е. Лесиовская, Л.В. Пастушенков. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2003. – С. 297. – 333.

6. Самсонов А. А. Синдром хронического запора / А.А. Самсонов // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 233–237.

7. Сампиев А. М. Сравнительное изучение фармакологической активности экстрактов из травы и настойки из корня

стальника полевого / А.М. Сампиев, Н.А. Давитаян // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 12 (93). – С. 102–106.

8. Сампиев А. М. Разработка ориентированной на действующие вещества технологии жидкого экстракта травы стальника / А.М. Сампиев, Н.А. Давитаян // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2011. – № 2. – С. 199–203.

9. Сампиев А. М., Давитаян Н. А. Количественное определение флавоноидов, изофлавоноидов и фенолкарбоновых кислот в траве стальника полевого // Хим.-фармац. Журнал. – 2009. – Т. 43. – № 7. – С. 25–31.

10. Тулайкин А. И. Изучение полифенольного комплекса из надземной части стальника полевого // Тез. докл. нац. конгресса «Человек и лекарство». – Москва. – 2004. – С. 898–899.

11. Фаттахова Г. А., Канарский А. В. Сапонины как биологически активные вещества растительного происхождения // Вестник Казанского технологического университета. – 2014. – Т. 17. – № 3. – С. 196–202.

Поступила 09.09.2016

О. А. СЛЕСАРЕВА^{1,2}, С. Ю. КОСЮГА¹

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ

¹ Кафедра стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО ННГМА Минздрава России. 603005,

г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1

² ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница». 603136, Нижний Новгород,

ул. Ванеева, 211; e-mail: slesareva.oksana@mail.ru

В работе рассмотрены различные методы хирургического лечения фолликулярных кист челюстей у детей, как в историческом аспекте, так и в современных рекомендациях. На примере 134 пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы проведена оценка хирургических методов, применяемых в клинике, рассмотрен вопрос сохранения зачатка постоянного зуба. Сделаны выводы о показаниях к выбору метода оперативного лечения, сохранению зачатка постоянного зуба, а также необходимости ранней диагностики фолликулярных кист челюстей у детей.

Ключевые слова: фолликулярные кисты челюстей, дети, зачатки постоянных зубов, цистэктомия, цистотомия.

О. А. SLESAREVA^{1,2}, S. YU. KOSYUGA¹

THE FEATURES OF THE COURSE AND SURGICAL TREATMENT OF FOLLICULAR CYSTS OF THE JAWS IN CHILDREN

¹ State Educational Establishment of Higher Professional Training Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Public Health of the Russian Federation. Nizhny Novgorod, Russia, 603005, Nizhny Novgorod, Minin and Pozharsky square 10/1

² Nizhny Novgorod Regional Children's Hospital. Nizhny Novgorod, Russia, 603136, Nizhny Novgorod, Vaneeva street 211; e-mail: slesareva.oksana@mail.ru

The scientific article contains a review of various methods of surgical treatment of follicular cysts of the jaws in children, both in the historical aspect, and in modern recommendations. Cases of 134 patients of Department of Maxillofacial Surgery of the Nizhny Novgorod Regional Children's Hospital evaluated the surgical techniques used in the clinic, viewed a permanent tooth preservation problem. There was made a conclusion about the indications for the choice of the surgical method, preservation rudiment of permanent tooth, and the necessity of early detection of follicular cysts of the jaws in children.

Keywords: dentigerous cysts, children, immature teeth, cystotomy, cystectomy

Введение

Киста представляет собой ограниченное полостное образование, внутренняя поверхность которого выстлана эпителием.

Фолликулярные кисты челюстей относятся к рамолизионным кистам (образуются в компактной ткани при ее очаговом омертвении (при кровоизлиянии, воспалении, инфаркте) и последующем размягчении, разжижении и рассасывании мертвой ткани; стенка такой кисты образована тканью того органа, в котором она находится, но в дальнейшем может заместиться соединительной тканью). Фолликулярная киста развивается при прорезывании зубов и является пороком развития эмалевого органа.

Вопросы этиологии и патогенеза фолликулярных кист челюстей до сих пор изучены недостаточно. Ряд отечественных авторов [1, 2] главную роль в возникновении фолликулярных кист отводят воспалению, как раздражающему фактору. Зарубежные авторы [6, 7, 9, 11, 12, 13] описывают патогенез кист, как следствие задержки прорезывания постоянных зубов, в результате которого возникает пролиферация клеток стенок фолликула, способствующая накоплению жидкости. При дальнейших исследованиях была обнаружена активность белка PTCH во всех одонтогенных опухолях и кистах, что, по мнению исследователей, способствует неконтролируемой пролиферации клеток [8, 10].

Рекомендуемые методы лечения фолликулярных кист челюстей различны. Между авторами и в историческом экскурсе не сложилось единого мнения о выборе способа оперативного лечения. Некоторые хирурги-стоматологи, в том числе Т. И. Альбанская, А. М. Солнцев, В. С. Колесов, отдавали предпочтение цистотомии, создающей условия для сохранения фолликулов зубов [5]. Вайсблат и др. при лечении кист у детей считали цистэктомия методом выбора [3]. Часть хирургов-стоматологов к решению этого вопроса подходило дифференцированно, учитывая положение и состояние фолликулов зубов. Сторонники цистэктомии также рекомендуют щадящее отношение к фолликулам постоянных зубов, сохраняя их на месте, или же советуют

применять реплантацию, а некоторые — трансплантацию фолликула зуба. В настоящее время также поддерживается дифференцированный подход к лечению фолликулярных кист челюстей: так на секции СтАР «Ассоциация челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов» в 2014 году был разработан «Клинический протокол медицинской помощи при кистах челюстей», где методом выбора при фолликулярных кистах указаны цистэктомия, цистотомия и двухэтапная операция, удаление зачатков при этом без строгих рекомендаций [4].

Цель работы: оценка методов хирургического лечения фолликулярных кист челюстей у детей на примере пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы.

Материалы и методы

В отделении челюстно-лицевой хирургии (стоматологии) Нижегородской областной детской клинической больницы с 2003 по 2013 год находилось 134 пациента с фолликулярными кистами челюстей. Все пациенты проходили стационарное лечение: после необходимого обследования и подготовки было проведено оперативное лечение под общим обезболиванием (цистотомия, цистэктомия, пластическая цистэктомия, цистэктомия с гайморотомией), симптоматическая послеоперационная терапия. Диагноз «фолликулярная киста» устанавливался на основании жалоб, анамнестических данных, данных рентгенологического обследования (ортопантомография, компьютерная томография). Все диагнозы подтверждены гистологически.

Результаты и их обсуждение

За 10 лет (2003–2013) в отделении челюстно-лицевой хирургии (стоматологии) Нижегородской областной детской клинической больницы находилось на лечении 134 ребенка в возрасте с 4 до 17 лет со 139 фолликулярными кистами челюстей. Чаще всего фолликулярные кисты челюстей встречались у детей в возрасте 8–11 лет (56 %). В

Таблица 1

Локализация фолликулярных кист челюстей и вид ретинированных зубов у обследованных пациентов

Челюсть	Группа зубов	Количество кист	% на данной челюсти	% от общего числа
верхняя	резцы	2	7,7	1,4
	клыки	10	38,5	7,2
	премоляры	12	46,2	8,6
	моляры	2	7,7	1,4
нижняя	резцы	0	0,0	0,0
	клыки	3	2,7	2,2
	премоляры	96	85,0	69,1
	моляры	14	12,4	10,1

115 случаях фолликулярные кисты поражали нижнюю челюсть, располагаясь в основном в области первого и второго премоляров. В случае возникновения фолликулярной кисты на верхней челюсти подавляющее большинство кист образовывалось из зачатков клыка и премоляров (табл. 1).

По анамнестическим данным у всех обследованных детей фолликулярные кисты челюстей в начале заболевания развивались бессимптомно. И, как правило, обнаруживались случайно: при обращении к стоматологу-хирургу по поводу удаления временного зуба с осложнениями кариозного процесса, возникновение асимметрии лица (обширные фолликулярные кисты челюстей, на верхней челюсти, прорастающие в гайморову пазуху), самообследование ребенка (обнаружение деформации челюсти по сравнению со здоровой стороной), при выполнении рентгенографии смежных областей (шейного отдела позвоночника, придаточных пазух носа). Обнаруженная деформация челюсти была безболезненна, не причиняла дискомфорта, поэтому обращение к врачу откладывалось, происходило часто через месяц, несколько месяцев и до 1 года.

Основными методами лечения фолликулярных кист у пациентов в отделении челюстно-лицевой хирургии (стоматологии) НОДКБ являлись цистэктомия, пластическая цистэктомия, цистотомия или цистэктомия с гайморотомией, если обширная киста верхней челюсти проросла в гайморову пазуху. Зачаток постоянного зуба часто удалялся. Это обусловлено патофизиологией возникновения кисты и ее оболочки, формирующейся из фолликула постоянного зуба. Сохраняли зачаток только тогда, когда он был расположен в правильном положении с тенденцией к прорезыванию, коронка была не изменена в цвете, правильной анатомической формы, корень начал свое формирование, и сам зачаток был неподвижен в кости (таб. 2).

Предпочтение методу цистэктомии отдавалось в связи с особенностями психоэмоционального состояния детей младшего и среднего школьного возрастов (в этом возрасте наибольшая частота возникновения фолликулярных кист челюстей), не позволяющего проводить хирургические вмешательства без седативной подготовки. Также метод цистэктомии позволяет завершить лечение в один

этап, что является важным при лечении больных детского возраста, так как каждый этап лечения связан с госпитализацией и проведением ребенку общего обезболивания. Так, даже удаление турунды после пластической цистэктомии представляло трудности, ребенку перед перевязкой назначалось внутримышечное введение обезболивающего, а в некоторых случаях турунда удалялась под общим обезболиванием. Восстановление после операции проходило достаточно быстро: уже через 4–6 дней ребенок мог быть выписан домой с выздоровлением.

Проведенный анализ позволяет сделать следующие выводы:

- лечение фолликулярных кист челюстей у детей методом цистэктомии с удалением зачатка позволяет избежать рецидивов, а также приводит к достаточно быстрому восстановлению ребенка после операции (его соматического здоровья и психоэмоционального состояния), однако требует дальнейшего ортодонтического лечения и восстановления целостности зубного ряда;

- вопрос о сохранении зачатка причинного зуба должен решаться индивидуально, основными требованиями для его сохранения можно считать: правильное положение в челюсти, неподвижность после полного удаления оболочек кисты, сохранность коронки. Пациенты с сохраненным зачатком требуют дальнейшего наблюдения за его развитием и прорезыванием;

- районным стоматологическим поликлиникам может быть рекомендовано проведение ортопантомографии детям 7–13 лет при задержке прорезывания зубов (если зуб с одной стороны прорезался, а одноименный зуб другой стороны челюсти не прорезался). Это будет способствовать раннему выявлению фолликулярных кист челюстей, меньшему их размеру на момент лечения, а значит, уменьшению объемов хирургического вмешательства и ускорению восстановления;

- некоторым пациентам с обширными фолликулярными кистами челюстей, с кистами, проникающими в верхнечелюстную пазуху, дополнительно к плоскостной ортопантомографии требуется проведение компьютерной томографии для уточнения расположения кисты относительно окружающих анатомических структур и их сохранности на этапе планирования оперативного лечения.

Таблица 2

Применяемые методы лечения фолликулярных кист челюстей у детей

Метод лечения	Количество пациентов (число, %)	Зачаток постоянного зуба сохранен	Зачаток постоянного зуба удален
пластическая цистэктомия	16 (11,9 %)	2	14
цистэктомия	104 (77,6 %)	28	76
цистотомия	1 (0,7 %)	1	0
гайморотомия с цистэктомией	13 (9,7 %)	3	9*

Примечание: * — в одном случае зачаток зуба отсутствовал.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбанская Т. И. О фолликулярных кистах // Стоматология. – 1939. – № 5. – С.53–57.
2. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. Изд.2, перераб. и доп. – 1983. – 392с
3. Вайсблат С.Н. Лечение кист нижней челюсти // Проблемы хирургической стоматологии. – Киев. – 1962. – С. 115–117.
4. Клинический протокол медицинской помощи при острой травме тканей лица, головы и шеи. Секции СТАР «Ассоциация челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов». – М. – 2014. – 41с.
5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. Киев, Здоровье. – 1982. – С. 64–67.
6. Skaug N, Hofstad T. Proteins in fluid from non-keratinizing jaw cysts. J. Oral Pathol. Med. – 1973. – № 2. – С. 112–125.
7. Browne R. M. The pathogenesis of odontogenic cysts: a review // Journal of Oral Pathology and Medicine. – 1975. – V. 4. – Issue 1. – P. 31–46.
8. Levanat, S., Pavelić, B., Crnić, I., Oresković, S., Manojlović, S. Involvement of PTCH gene in various noninflammatory cysts. J. Mol. Med. 2000.
9. Main D. M.G. Epithelial jaw cysts: a Clinicopathological reappraisal, British Journal of Oral Surgery. – 1970. – № 8. – P. 114–125.
10. Pilch Ben Z. Lippincott Williams & Wilkins // Head and Neck Surgical Pathology. – 2001. – 721p.
11. Stanley HR, Krogh H, Pannkuk E. Age changes in the epithelial components of follicles (dental sacs) associated with impacted third molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. – 1965. – № 19. – P.128–39.
12. Stenman G., Magnusson B., Lennartsson B., Juberg M. In vitro growth characteristics of human odontogenic keratocysts and dentigerous. Ode Journal of Oral Pathology and Medicine. – 1986. – V. 15. – Issue 3. – P. 143–145.
13. Toller PA The osmolarity of fluid from the cyst of jaw. Br Dent J. – 1970. – № 129. – P. 275–278.

Поступила 15.11.2016

А. М. ТЕМИРБУЛАТОВА, Э. Ф. СТЕПАНОВА, Л. П. ЛЕЖНЕВА, З. Д. ХАДЖИЕВА, Д. В. ВЕСЕЛОВА

ФАРМАКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПОЗИТНОГО СИРОПА НА ОСНОВЕ РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 357532, Россия, Пятигорск, пр. Калинина, 11; e-mail: anna_vladimir@inbox.ru

Проведен фитохимический анализ растительного сырья: цветков гибискуса, плодов боярышника и шиповника. Предложен оптимальный состав композитного сиропа. Разработана рациональная технология композитного сиропа. Рекомендованы его показатели качества: плотность, показатель преломления, количественное содержание антоцианов. Установлен срок хранения композитного сиропа – 1 год в естественных условиях.

Ключевые слова: гибискус, шиповник, боярышник, композитный сироп.

A. M. TEMIRBULATOVA, E. F. STEPANOVA, L. P. LEZHNEVA, Z. D. HADJIEV, D. V. VESELOVA

FARMAKODINAMICESCOE RESEARCH COMPOSITE OF SYRUP FROM VEGETABLE RAW MATERIALS

Piatigorsky medico-pharmaceutical research institute-branch GBOU HPE «Volgograd State Medical University» of the Ministry of health of Russia. Pyatigorsk, Russia. 357532, Pyatigorsk, av. Kalinina, 11; E-mail: anna_vladimir@inbox.ru.

Carried out phytochemical analysis of plant materials: hibiscus flowers, fruits of hawthorn and wild rose. Suggested that the optimal composition of the composite syrup. Developed a rational technology of composite syrup. Recommended quality indicators: density, refractive index, quantitative content of anthocyanins. The retention period of the composite syrup – 1 year in vivo.

Keywords: hibiscus, rosehips, hawthorn, composite syrup.

Актуальность использования лекарственных растений и фитопрепаратов неизмеримо возросла в последнее десятилетие. Преимуществом лекарственных растений и препаратов из них является малая токсичность и возможность дли-

тельного применения без риска возникновения побочных явлений. Своими целебными свойствами фитопрепараты обязаны, прежде всего, гармоничному сочетанию и взаимодействию биологически активных веществ, содержащихся в растительном