

О.А. СЛЕСАРЕВА^{1,2}, Т.Е. ПОТЕМИНА¹, д.м.н., профессор

¹ Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России

² Нижегородская областная детская клиническая больница

ФАКТОРЫ РИСКА

РАЗВИТИЯ Фолликулярных кист челюстей у детей

В работе приведены результаты обзора современной отечественной и зарубежной литературы, обобщены данные о факторах риска развития фолликулярных кист челюстей у детей. Рассмотрены вопросы актуальности отдельных факторов риска, а также влияние их сочетания на возникновение фолликулярных кист. Сделан вывод об отсутствии главного, или ведущего, фактора, способствующего развитию фолликулярных кист. Указана необходимость дальнейшего изучения мультифакториальности их патогенеза. Это поможет разработать критерии выявления лиц, входящих в группы риска по образованию фолликулярных кист челюстей, определить необходимость и принципы профилактики и обследования для раннего обнаружения патологических изменений.

Ключевые слова: фолликулярные кисты челюстей, факторы риска, обзор литературы, патогенез, дети.

О.А. SLESAREVA^{1,2}, Т.Е. POTE MINA¹, MD, Prof.

¹ Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia

² Nizhny Novgorod Regional Children Clinical Hospital

RISK FACTORS OF JAW FOLLICULAR CYSTS DEVELOPMENT IN CHILDREN

The scientific article contains the results of the review of modern domestic and foreign literature. Risk factors data of follicular cysts of the jaws in children are generalized. Relevant points of individual risk factors, and the influence of their combination on the event of follicular cysts are reviewed. There was made a conclusion about the absence of the chief, leader factor, which conduces the evolution of follicular cysts. The necessity of further study of multifactorial pathogenesis. This will help to develop identifying criteria of persons with risk for the evolution of follicular cysts of the jaws, the necessity and the principles of prevention and screening for early detection of abnormalities are pointed.

Keywords: dentigerous cysts of the jaws, risk factors, review, pathogenesis, children.

Под термином «фолликулярные кисты», помимо собственно фолликулярных кист, являющихся результатом порока зубообразовательного эпителия, понимают также кисты, формирующиеся вокруг зачатков постоянных зубов под воздействием воспалительных факторов от корней молочных зубов, находящихся в непосредственной близости.

Однако у одних пациентов такие молочные зубы сохраняются до времени физиологической смены, благополучно освобождая место формирующимся постоянным зубам, у других – происходит повреждение фолликула постоянного зуба, формирование кистозной полости из его оболочек, разрушение костной ткани. Вероятно, это связано с различным сочетанием внешних и внутренних факторов, способствующих развитию фолликулярных кист челюстей. Вопросы актуальности отдельных факторов риска, способствующих возникновению фолликулярных кист челюстей у взрослых и детей, и особенно их сочетания, изучены недостаточно.

Нами предложен краткий обзор состояния данной проблемы по имеющимся литературным источникам.

В отечественной и зарубежной литературе рассматриваются следующие факторы возникновения фолликулярных кист челюстей.

1. Неправильная тактика лечения молочных зубов

Развитие кист связано с неэффективным лечением хронических форм пульпита и периодонтита молочных зубов, прежде всего моляров [1]. В связи с особенностями

анатоми-топографического строения психоэмоционального состояния пациентов детского возраста диагностика хронических форм осложненного кариеса может представлять значительные трудности. В свою очередь, неверная диагностика степени поражения приводит к выбору ошибочной тактики лечения. Проведение консервативного лечения для сохранения зуба в то время, когда уже появились патологические изменения в тканях пульпы, приводит к развитию периодонтита, который, распространяясь в ширину и глубину, влияет на зачаток постоянного зуба.

2. Применение резорцин-формалинового метода

В 1980-х – начале 90-х гг. широкое распространение получил резорцин-формалиновый метод лечения осложненного кариеса молочных зубов. Резорцин-формалиновая смесь и затем паста оказывают вредное влияние на ткани периодонта. Лечение временных зубов проводилось в большинстве случаев без рентгеноконтроля [2]. С момента лечения до выявления кисты проходит около 4 лет [3].

3. Недостаточные усилия родителей в вопросах профилактики стоматологических заболеваний у детей

Родители должны начинать гигиенический уход за полостью рта ребенка с момента прорезывания первого молочного зуба (в возрасте 5–6 мес.). К моменту прорезывания у ребенка 8–10 зубов, как правило к 1-му году, родители должны очищать зубы у детей 2 раза в день (утром и вечером) мягкой детской зубной щеткой и

использовать детскую гелеобразную зубную пасту. Контролем правильной чистки зубов во всех возрастных периодах должно служить отсутствие на них видимого налета [4–6]. За последние 15 лет наблюдается увеличение распространенности и интенсивности кариеса молочных зубов. При этом резко увеличилось число детей с данной патологией уже в возрасте полутора-двух лет [7].

Влияние мутаций в генах на формирование фолликулярных кист челюстей подтверждает также множественное кистообразование при синдроме Горлина – Гольца (наследственное аутосомно-доминантное заболевание с преимущественным поражением кожи, мышц, скелета и глаз)

4. Сохраняющаяся недоступность стоматологической помощи в отдаленных от городских центров населенных пунктах

За последние десять лет уровень стоматологической заболеваемости возрос, а доступность бесплатной стоматологической помощи снизилась: у взрослых доля санированных к числу нуждающихся уменьшилась с 70 до 40%, у детей – с 80 до 60%. При формировании рынка стоматологических услуг произошло всемерное удорожание стоматологической помощи, расслоение потока пациентов по материальным возможностям и выбору технологий для лечения и, как следствие этого, уменьшение ее доступности для большинства граждан. В таких условиях страдают социально незащищенные слои населения: дети, пенсионеры, инвалиды, военнослужащие, учащиеся и др., потому что выделяемых из бюджета и фонда ОМС средств крайне недостаточно для использования при лечении всего населения. Социальная незащищенность отдельных категорий граждан – это главный негативный фактор становления рыночных отношений в здравоохранении [8].

5. Загрязненность среды проживания

В литературе широко освещаются вопросы неблагоприятного влияния экологических факторов на стоматологический статус детей [9–12]. Стоматологическое здоровье определяется факторами эндогенной и экзогенной природы, а ткани полости рта у детей очень чувствительны к негативным воздействиям окружающей среды [13].

Развернутый анализ основных показателей здоровья детей, проведенный по итогам Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г., показал рост распространенности факторов риска формирования нарушений здоровья и развития, увеличение заболеваемости за десятилетний период. В 2002 г., так же как и в 80-х, 90-х гг., в структуре заболеваемости 1-е ранговое место занимали болезни органов пищеварения, которые составили четверть всех нозологических форм и были представлены преимущественно кариесом, аномалиями положения зубов и соот-

ношения зубных дуг. Значительное увеличение уровня патологической пораженности отмечено по классу новообразований [14].

Имеются многочисленные сообщения о повышенной заболеваемости детей, проживающих на экологически неблагоприятных территориях, различными болезнями органов дыхания, кроветворения, пищеварения, нервной системы и органов чувств, ЛОР-органов, эндокринной системы, кожи и подкожной клетчатки. Также отмечены случаи расстройства питания, нарушения различных сторон обмена и т. д. [15–18].

6. Наследственность, травма, переохлаждение способствуют развитию фолликулярных кист [19]

В отдельных случаях можно наблюдать образование у одного и того же больного множества фолликулярных кист. Это дает основание считать возможным наличие индивидуальной предрасположенности к кистообразованию [20].

Тот факт, что фолликулярные кисты чаще встречаются в детском возрасте, в то время как радикулярные кисты распространены у взрослых, может указывать в сторону большей генетической причастности к этиологии фолликулярных кист по сравнению с радикулярными. В настоящее время хорошо известно, что существует генетическая основа для любого вида болезни. Некоторые зависят от одного гена, в то время как большинство из них полигенно и имеет многофакторную зависимость. Генетическая основа может объяснить широкий спектр реакций организма на различные факторы окружающей среды (вирусы, бактерии, яды и т. д.), влияя на формирование одонтогенных кист [21].

Влияние мутаций в генах на формирование фолликулярных кист челюстей подтверждает также множественное кистообразование при синдроме Горлина – Гольца (наследственное аутосомно-доминантное заболевание с преимущественным поражением кожи, мышц, скелета и глаз).

Стоматологическое здоровье определяется факторами эндогенной и экзогенной природы, а ткани полости рта у детей очень чувствительны к негативным воздействиям окружающей среды

Таким образом, при рассмотрении литературных источников, посвященных исследованию факторов риска развития фолликулярных кист челюстей, нами не выявлено какого-либо ведущего или обязательного. По всей видимости, возникновение, прогрессирование и неэффективное лечение осложненных форм кариеса на фоне генетической предрасположенности под воздействием неблагоприятной экологической обстановки являются комплексным условием, приводящим к формированию фолликулярных кист челюстей. Все это демонстрирует необходимость дальнейшего изучения мультифакторности фолликулярных кист челюстей.



ЛИТЕРАТУРА

1. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. Изд. 5-е, перераб. и доп. М.: Медицина, 2003.
2. Кушнер А.Н., Лапковский В.И., Петрович Н.И. Одонтогенные кисты у детей: эпидемиология и лечение. *Современная стоматология*, 2013, 2(57): 67-70.
3. Жардецкий А.И., Сытик Н.С., Василевская Л.К. *Стоматологический журнал*, 2004, 3: 62-63.
4. Федоров Ю.А., Кошовская В.А., Жидких В.Д., Цибуленко Н.В. Организационные и методические основы профилактики кариеса зубов. Учебное пособие. Л.: ЛенГИДУВ, 1987: 21.
5. Рождественская Н.В. Эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2000: 18.
6. Терехова Т.Н., Лопруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний. Минск: Беларусь, 2004: 169-176.
7. Жулев Е.Н., Косюга С.Ю., Колесова О.В. Эффективность экзогенной лекарственной профилактики кариеса у детей в период сформированного временного прикуса. *Стоматология детского возраста и профилактика*, 2010, 1(32): 39-43.
8. Шепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 2011.
9. Горячева В.В. Оптимизация диагностики и лечения кариеса эмали постоянных зубов в системе школьной стоматологии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Самара, 2013.
10. Ковалевский А.М. Анализ стоматологического обслуживания молодежи крупного города на примере Санкт-Петербурга. *Клиническая медицина и патофизиология*. 1997: 54-56.
11. Филимонова О.И. Влияние техногенных факторов на стоматологическую заболеваемость населения. Клиника, терапия и профилактика. Автореф. дис. д-ра мед. наук. Пермь, 2002.
12. Кузьмина Э.М., Васильева Т.В. Эпидемиологическое обследование населения Нижнего Новгорода. *Нижегородский медицинский журнал, приложение Стоматология*, 2003: 53-55.
13. Косюга С.Ю. Особенности профилактики стоматологических заболеваний у детей в зависимости от эколого-гигиенической ситуации крупного промышленного города. Автореф. дис. д-ра мед. наук. Н. Новгород, 2009.
14. О состоянии здоровья детей в Российской Федерации. Доклад МЗ РФ по итогам Всероссийской диспансеризации детей в 2002 г. МЗ РФ, 2002.
15. Зорина И.Г. Влияние факторов среды обитания на формирование заболеваемости и пре-морбидных состояний у школьников. *Здоровье населения и среда обитания*, 2012, 7: 25-27.
16. Маркова С.В. Здоровье детей, проживающих в различных экологических условиях: сборник науч. тр. межрегион. научно-практ. конф. «Перспективы развития гематологической службы в Республике Саха (Якутия)». Под ред. В.Н. Ядрихинской. Киров, 2013: 135-145.
17. Мингазова Э.Н., Меркулова Н.А. Прогнозирование заболеваемости детского населения в связи с изменением загрязнения атмосферного воздуха. *Здоровье населения и среда обитания*, 2011, 6: 13-17.
18. Ситало С.Г., Паранько Н.М. Воздействие загрязнения атмосферного воздуха на здоровье детей. *Гигиена и санитария*, 2009, 3: 22-24.
19. Ткаченко П.И., Старченко И.И., Белоконов С.А., Шешукова Я.П., Белоконов Н.П. Клинико-морфологические аспекты фолликулярных кист челюстей у детей. *Вестник проблем биологии и медицины*, 2013, 1(1).
20. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. 3-е изд., перераб. и доп. Витебск: Белмедкнига, 1998.
21. Manor E, Kachko L, Puterman MB, Szabo G and Bodner L. Cystic Lesions of the Jaws – A Clinicopathological Study of 322 Cases and Review of the Literature. *Int J Med Sci*, 2012, 9(1): 20-26. doi:10.7150/ijms.9.20 PMID: 22211085 PMCID: PMC3222086.

МЕСТО И РОЛЬ МЕТАБИОТИКОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

2 июня 2017 г. в городе Казани состоялась шестая «Национальная школа по инфекционным болезням», а 15–16 июня 2017 г. в Санкт-Петербурге состоялся II Российский форум с международным участием «Современная педиатрия. Санкт-Петербург – Белые ночи – 2017», где принимали участие педиатрические сообщества, информирующие российских педиатров о современных возможностях профилактики, диагностики и терапии различных заболеваний у детей и подростков. В фокусе внимания участников, в частности, были вопросы медикаментозной коррекции дисбиотических состояний у детей. В своем выступлении на тему: «Место метабитиков в арсенале современного педиатра» д.м.н., член-корреспондент РАН, профессор кафедры детских болезней Первого МГМУ им. Сеченова Александр Васильевич Горелов отметил, что, согласно данным Федерального центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Российской Федерации и Роспотребнадзора, в России в 2014 г. было диагностировано 535 342 случая острых кишечных инфекций у детей в возрасте до 17 лет. Одним из наиболее распространенных признаков инфекционных кишечных заболеваний является диарея, при лечении которой необходимо устранить не только симптом – учащенный жидкий стул, но и его причину. Сегодня ученые считают одной из важных причин развития диареи нарушение состава бактериальной флоры кишечника, обусловленное внутренними или внешними факторами. Это состояние принято называть дисбактериозом, или дисбиозом. Помимо диареи, для дисбактериоза характерны вздутие, запоры, боль или дискомфорт в животе, урчание, повышенное газообразование.

В своем докладе заведующая кафедрой гастроэнтерологии ФП и ДПО (факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ МЗ РФ), главный детский гастроэнтеролог Санкт-Петербурга Елена Александровна Корниенко обозначила роль препаратов группы метабитиков в формировании метабиты в кишечнике ребенка. Профессор Корниенко Е.А. напомнила, что кишечная микробиота –

совокупность бактерий и других живых микроорганизмов в кишечнике человека – играет важную роль, выполняя пищеварительную, иммунную, бактерицидную и другие функции. Согласно современным научным данным, число микробов в кишечнике превышает число клеток организма человека в 10 раз. При нарушении бактериального состава микробиоты может развиваться состояние, которое называется дисбактериоз, или дисбиоз.

Эксперты подчеркнули, что для нормализации кишечной микробиоты традиционно применяются две основные группы препаратов: пробиотики (живые бактерии или грибки, которые обычно высушивают для обеспечения необходимого срока хранения) и метабитики (их готовые к действию метаболиты). Метабитики отличаются от пробиотиков тем, что если для высушенных пробиотиков необходима активация в кишечнике, после которой они могут начать выработку метаболитов, то метабитики содержат уже готовые метаболиты и не требуют дополнительной активации.

Особую роль в процессе формирования микрофлоры в кишечнике и в питании слизистой кишечной стенки играют такие метаболиты бактерий, как короткоцепочечные жирные кислоты и молочная кислота. Они, будучи предварительно полученными от четырех видов полезных бактерий (*Lactobacillus helveticus*, *Escherichia coli*, *Lactobacillus acidophilus*, *Enterococcus faecalis*), в отличие от живых бактерий в пробиотиках, не разрушаются в кислой среде желудка, под воздействием желчи и пищеварительных ферментов, а также при совместном использовании с антибиотиками сохраняют свою эффективность.

Метабитики применяются для коррекции ряда состояний: нарушения физиологической флоры тонкого и толстого кишечника (во время и после лечения антибиотиками или сульфаниламидами, лучевой терапии); диарея, метеоризм, запоры; гастроэнтерит, колит; расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, вызванные сменой климата; сальмонеллез в стадии реконвалесценции (в том числе у детей грудного возраста). Возможно назначение детям с рождения благодаря разнообразным формам выпуска – в виде капель и новой удобной форме саше со взрослой и детской дозировками.