

Стоматологическая Ассоциация России  
ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный  
медицинский университет»  
Министерство здравоохранения  
Хабаровского  
края



**АКТУАЛЬНЫЕ  
ПРОБЛЕМЫ  
СТОМАТОЛОГИИ  
ДЕТСКОГО  
ВОЗРАСТА  
И ОРТОДОНТИИ**

*Сборник научных статей  
VII региональной научно-  
практической конференции  
с международным участием  
по детской стоматологии*



Хабаровск 2017

## **ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ТОНЗИЛЛИТАМИ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ**

**Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.И., Хмиль Е.В.,**

**Амосова Л.И., Бережная Е.Э.**

*Высшее государственное учебное учреждение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина*

На современном этапе отмечается значительная распространенность среди детского контингента населения, как кариеса зубов, так и заболеваний тканей пародонта. Стоматологи отмечают резкое «омоложение» кариеса - эта патология диагностируется уже у детей 1-1,5 лет, и несмотря на возникновение большого количества новых методов лечения кариес зубов остается наиболее распространенной стоматологической патологией, по данным различных авторов его распространенность достигает более 90%. Болезни тканей пародонта, которые начинаются в детском возрасте, являются причиной ранней потери зубов у взрослых после 40 лет, подчеркивают большую медико-социальную значимость этой проблемы, а также необходимости ранней диагностики и профилактики. Основным этиологическим фактором в возникновении кариеса зубов и болезней пародонта, согласно исследованиям различных ученых, является патогенная микрофлора.

Небные миндалины являются первым барьером, который препятствует проникновению бактерий и вирусов в верхние дыхательные пути и распространению их по организму, но несмотря на это, при длительном поражении они могут выступить источником инфекции и вызывать заболевания других органов и систем. Согласно представлениям современной медицины, хронический тонзиллит определяется как общее инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде преимущественного поражения лимфоидной ткани миндалин глотки и их устойчивой воспалительной реакции, небные миндалины поражаются чаще других.

Заболеваемость хроническим тонзиллитом у детей 3-х лет составляет 2-3%, а к 12 годам достигает 12-15%. Особенно часто хронический тонзиллит наблюдается в группе часто и длительно болеющих детей.

Поэтому **целью нашего исследования** стало изучение микрофлоры полости рта и зева у детей 7-15 лет с хроническим тонзиллитом и изменения микробиоценоза данного участка под влиянием лечения.

**Объекты и методы исследования.** Нами было осмотрено 20 детей 7-15 лет с хроническим тонзиллитом, которые находились на диспансерном наблюдении у врача оториноларинголога, которым было проведено общеклиническое стоматологическое обследование с использованием стоматологического зеркала и зонда, регистрацией показателей в карточку ВОЗ. Детям кроме обучения гигиене полости рта и использования гигиенических средств, были назначены препараты «Лимфомиозот» и «Траумель-С» (производитель Heel). «Лимфомиозот» назначался в виде капель для сублингвального использования - по 7 капель на прием 3 раза в день; «Траумель-С» - 3 раза в день по  $\frac{3}{4}$  таблетки под язык до полного рассасывания за 15-20 минут до еды или через час после.

С целью изучения микрофлоры был проведен скрининг аэробной, микроаэрофильной флоры верхних дыхательных путей с забором материала со слизистой оболочки полости рта и ротоглотки (а именно с миндалин). Мазок брали натошак или через 2-3 часа после еды и питья. Перед манипуляциями рот не полоскали, аккуратно прижимали язык шпателем, стерильным тампоном от транспортной системы Эймс с углем проводили между дужками миндалин, по язычку и задней стенке глотки, не касаясь губ, щек и языка. При наличии гнойных отложений мазок брали на границе здоровых и пораженных тканей. В полости рта мазок брали со спинки языка. Тампон погружают в пробирку с транспортной средой и в течение 2-х часов доставляли в лабораторию.

С помощью бактериологического метода изучали антимикробные свойства препаратов Траумель С, Лимфомиозот и их композиции, для исследования использовали стандартные штаммы микроорганизмов *S. albicans* ATCC 885-653, *S. aureus* ATCC 2592 3, *S. epidermidis* ATCC 12228, *E. faecalis* ATCC 29212, *E. coli* ATCC 25922, которые были получены из музея микроорганизмов Института эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В.Громашевского (г.Киев). Чувствительность микроорганизмов к препаратам изучали методом диффузии в агаре в соответствии с приказом

Минздрава СССР за №250 от 13.03.1975р. «Об унификации методов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтических препаратов». Культуры микроорганизмов засеивали петлей газоном на поверхность чашек Петри с соответствующими средами: Сабуро - для дрожжеподобных грибов, Эндо - для кишечной палочки, сахарным агаром - для энтерококков и мясопептонным агаром - для стафилококков. После подсыхания на поверхность среды клали стандартные диски диаметром 5 мм, которые были пропитаны 20 мкл инъекционной формой препарата. Чашки инкубировали в термостате в течение 24 часов при 37° С. В условиях учета результатов надо было измерять с помощью циркуля зоны задержки роста микроорганизмов вокруг соответствующих дисков, которые должны четко контрастировать и на фоне микробного роста. При зоне задержки роста микроорганизмов диаметром до 10 мм штаммы нужно расценивать как резистентные, более 10 мм как малочувствительны, более 25 мм - высокочувствительные (Царев В.Н., Ушаков Р.В., 2006).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Зоны задержки роста микроорганизмов вокруг дисков с препаратами Траумель С (Тр), Лимфомиозот (Л-Т) и их композиции (Л + Т) отсутствовали при использовании музейных штаммов микроорганизмов *S. albicans* ATCC 885-653, *S. aureus* ATCC 25923, *S. epidermidis* ATCC 12228, *E. faecalis* ATCC 29212 и *E. coli* ATCC 25922. Препаратами сравнения были метронидазол (М), фенол 1: 100 (П) и лизоцим 1: 100 (Л).

Исследуемые препараты Траумель С, Лимфомиозот и их композиция не оказывают противомикробного действия на музейные штаммы микроорганизмов. Таким образом, при анализе результатов исследований нами установлено, что опытные препараты не имеют бактерицидных, бактериостатических и фунгицидных свойств.

Результаты изучения микрофлоры как полости рта, так и ротоглотки показали их высокое разнообразие. Нами было выделено 10 родов микроорганизмов: *Streptococcus* spp., *Neisseria* spp., *Haemophilus influenzae*, *parainfluenzae*, *Staphylococcus* spp., *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus parahemolyticus*, *Candida albicans*, *Lactobacillus* spp. *Corynebacterium* spp (Табл. 1), которые относятся к нормоценозу полости рта и зева. Кроме этой

микрофлоры нами были выявлены: *Pantotea agglomerans*, *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus pyogenes* и *Escherichia coli*, которые не представлены в таблице, поскольку это были единичные случаи посева, которые не носят этиологически значимого характера и связаны с индивидуальными особенностями организма определенного ребенка.

Таблица 1

Микрофлора полости рта и зева у детей с хроническим тонзиллитом

Микроорганизмы	Количество детей, у которых выделили микроорганизмы (% От общего количества) n = 22	
	зев	полость рта
<i>Streptococcus spp.</i>	100%	100%
<i>Neisseria spp.</i>	100%	95,45%
<i>Haemophilus influenzae, parainfluenzae</i>	45,45%	9,09%
<i>Staphylococcus spp.</i>	27,27%	31,82%
<i>Staphylococcus aureus</i>	50%	4,55%
<i>Haemophilus parahaemolyticus</i>	18,18%	18,18%
<i>Candida albicans</i>	13,64%	27,27%
<i>Lactobacillus spp.</i>	13,64%	9,09%
<i>Corynebacterium spp.</i>	9,09%	4,55%

После проведения первичного клинического обследования и лабораторных исследований нами был назначен курс лечения, который включал препараты «Лимфомиозот» и «Траумель-С» по описанным ранее схемам. Через месяц, после окончания курса лечения, нами повторно был изучен микробиоценоз зева и полости рта с целью сравнительного анализа и изучения влияния вышеуказанных препаратов на гомеостаз полости рта и ротоглотки (табл. 2).

Таблица 2.

Микрофлора полости рта и зевау детей с хроническим тонзиллитом в процессе лечения

Микроорганизмы	Количество детей, у которых выделили микроорганизмы (% От общего количества) n = 11			
	зев		полость рта	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
<i>Streptococcus spp.</i>	100	100	100	100
<i>Neisseria spp.</i>	100	100	100	100
<i>Haemophilus influenzae, parainfluenzae</i>	63,64	45,45	5,09	27,27
<i>Staphylococcus spp.</i>	18,18	9,09	45,45	-
<i>Staphylococcus aureus</i>	45,45	45,45	-	9,09
<i>Haemophilus parahemolyticus</i>	18,18	18,18	9,09	18,18
<i>Candida albicans</i>	18,18	-	27,27	9,09
<i>Lactobacillus spp.</i>	18,18	18,18	9,09	27,27
<i>Corynebacterium spp.</i>	9,09	18,18	-	-

Как видно из представленных данных у детей с патологией ЛОР-органов в 100% случаев до начала лечения, и после его проведения были выделены *Streptococcus spp.* И *Neisseria spp.* Наряду с этим отмечается уменьшение случаев выделения после проведенного лечения *Staphylococcus spp.* как из ротоглотки, так и из ротовой полости. Такая же тенденция наблюдается и по отношению к *Candida albicans*. Нестабильность результатов была обнаружена относительно *Haemophilus influenzae, parainfluenzae* - как видно из представленных данных количество лиц, у которых эти микроорганизмы выделялись из зева уменьшается, но увеличивается количество детей с наличием этих представителей в ротовой полости. Подобные колебания в результатах бактериологических исследований *in vivo* мы наблюдали и в отношении *Haemophilus parahemolyticus*. По нашему мнению это можно объяснить тем, что в течение

периода лечения некоторые дети перенесли острые респираторные вирусные инфекции, в свою очередь и повлияло на полученные результаты.

Итак, после проведенных исследований на основании полученных результатов мы можем предположить, что терапевтический эффект препаратов можно объяснить не прямым антимикробным действием на возбудителей инфекции, а их иммуномодулирующими свойствами. Эти свойства более характерны для Лимфомиозота.



## **ЧАСТОТА ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ ПОПУЛЯЦИЙ МЕДНОГО, БРОНЗОВОГО, ЖЕЛЕЗНОГО ВЕКА И СРЕДНЕВЕКОВЬЯ УКРАИНЫ**

**Каськова Л.Ф., Янко Н.В., Артемьев А.В., Маковка И.Л., Моргун Н.А.**

*Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская  
медицинская стоматологическая академия», Украина г. Полтава,  
Центр охраны и исследований памятников археологии Полтавской  
облгосадминистрации, Украина, г. Полтава*

Работа является фрагментом общегосударственных научно-исследовательских плановых тем кафедры детской терапевтической стоматологии с профилактикой стоматологических заболеваний Высшего государственного учебного заведения Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава) «Усовершенствовать методы профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у детей с факторами риска» (государственный регистрационный № 0111U006760).

Отталкиваясь от понимания проявления болезней как отражения социальных факторов, следует учитывать, что рассмотрение патологии от истоков ее зарождения и появления позволит разобрань не только причинно-следственные связи или под влиянием каких факторов развиваются сейчас, но и выяснить, чем обернутся в будущем. Такое изучение – своеобразная стратегия безопасности медицины. В научной стоматологической литературе исследования заболеваний у древних людей остаются остро дефицитными, хотя и имеют тенденцию к росту. Предлагаемая публикация продолжает

	процесса.....	58
16.	<b>Елистратова М.И., Галышева К.А.</b> Медицинские и социальные аспекты флюороза.....	63
17.	<b>Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Авраимова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В.</b> Влияние на состояние твердых тканей зубов у детей фторидсодержащих зубных паст.....	69
18.	<b>Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Авраимова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В.</b> Влияние фторидсодержащих зубных паст на состояние тканей пародонта.....	73
19.	<b>Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Авраимова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В.</b> Физико-химические параметры ротовой жидкости у детей, использующих фторидсодержащие зубные пасты.....	77
20.	<b>Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Авраимова О.Г., Кулаженко Т.В., Горячева В.В.</b> Влияние фторидсодержащих и гигиенических зубных паст на состояние твердых тканей постоянных зубов у детей	80
21.	<b>Завьялова Е.А., Елистратова М.И., Введенская С.Е.</b> Пораженность постоянных зубов кариесом в индексной возрастной группе 12 лет Кировского района г.Хабаровска.....	84
22.	<b>Кадукова Ю.В., Антонова А.А., Чабан А.В.</b> Эффективность лечения мезиальной окклюзии у детей, живущих в отдаленных районах Хабаровского края.....	86
23.	<b>Каськова Л. Ф., Амосова Л. И., Солошенко Ю. И., Бережная Е. Э.</b> Проблемы вторичной профилактики флюороза зубов.....	88
24.	<b>Каськова Л.Ф., Андриянова О.Ю., Карпенко О.А.,Ващенко И.Ю., Яценко О.И.</b> Применение препарата растительного происхождения в комплексной терапии пародонтита у подростков с эндокринной патологией.....	95
25.	<b>Каськова Л.Ф., Карпенко О.А., Андриянова О.Ю.</b> Состояние гуморального иммунитета при пародонтальном синдроме у детей на фоне сахарного диабета.....	99
26.	<b>Каськова Л.Ф., Новикова С.Ч., Аноприева Н.М.,Новиков Е.М.</b> Изменения показателей минерального состава ротовой жидкости у детей с хроническим катаральным гингивитом.....	103
27.	<b>Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.И., Амосова Л.И., Хмиль Е.В., Бережная Е.Э.</b> Профилактика кариеса первых постоянных моляров у детей в первые годы после их прорезывания.....	108
28.	<b>Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.И., Хмиль Е.В., Амосова Л.И., Бережная Е.Э.</b> Изменение микробиоценоза полости рта у детей с хроническими тонзиллитами во время лечения.....	112
29.	<b>Каськова Л.Ф., Янко Н.В., Артем'єв А.В., Маковка И.Л., Моргун Н.А.</b> Частота гипоплазии эмали у детей популяций медного, бронзового, железного века и средневековья Украины.....	117
30.	<b>Князева Т.П.</b> Оценка влияния количества беременностей в	