

УДК 616.155.39: 616.311: 612.017.1: 616 – 036.66: 053.2

© О.В. Станкевич, 2010.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА И МИКРОЭКОЛОГИИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ

О.В. Станкевич

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.

THE CHARACTERISTIC OF LOCAL IMMUNITY AND MICROBIONOMICS OF THE MOUTH AT CHILDREN WITH HEMOBLASTOSES DEPENDING ON DURATION OF THE REMISSION

O. V. Stankevich

SUMMARY

In the article are studied the state of microflora of the cavity of mouth, the indices of local immunity (lysozyme and secretory immunoglobulin A), microcrystallization of saliva in children with hemoblastosis with different duration of remission.

ХАРАКТЕРИСТИКА МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ Й МІКРОЕКОЛОГІЇ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ В ДІТЕЙ З ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ РЕМІСІЇ

О. В. Станкевич

РЕЗЮМЕ

У статті вивчені стан мікрофлори порожнини рота, показники місцевого імунітету (лізоцим і секреторний імуноглобулін А), мікрокристалізація слини у дітей з гемобластозами з різною тривалістю ремісії.

Ключевые слова: дети, гемобластозы, местный иммунитет, микрофлора.

Современные интенсивные противоопухолевые протоколы резко снизили смертность детей от онкологических заболеваний с достижением возможности выживания до 80% из них. Однако параллельно с успехами онкопедиатрии увеличивается опасность поздних эффектов лечения [1].

Применение цитостатических препаратов, облучения, иммунодепрессантов усугубляют иммунные нарушения, что приводит к изменению физиологического микробиоценоза, нарушениям колонизационной резистентности слизистых оболочек и формированию дисбактериоза [2].

На сегодняшний день доказана прямая связь изменения микробного пейзажа полости рта с развитием кариеса, воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта [3].

Принимая во внимание то, что иммунная функция микрофлоры включает синтез факторов иммунной защиты – лизоцима, пропердина, комплемента, секреторного иммуноглобулина А (sIg A), активацию фагоцитоза, стимуляцию системы цитокинов и интерферонов, вероятно, дисбактериоз полости рта

ведет за собой снижение общей резистентности.

Учитывая то, что до сих пор отсутствуют исследования состояния микрофлоры и местного иммунитета полости рта у детей с гемобластозами, данное научное направление можно считать актуальным и перспективным. [4].

Целью настоящей работы было оценить состояние микрофлоры ротовой полости, характер кристаллографии слюны, а также уровень факторов местной защиты (sIg A и лизоцима) у детей с гемобластозами в различные сроки ремиссии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 99 детей (возраст 7-17 лет), пролеченных по поводу гемобластозов и прибывших в г. Евпаторию на санаторно-курортный этап реабилитации в стадии ремиссии. Из них 57 детей были с острым лимфобластным лейкозом, 4 ребенка с различными вариантами острого миелоидного лейкоза и 38 детей со злокачественными лимфомами, причем 24 ребенка – с неходжкинскими лимфомами и 14 детей с лимфогранулематозом. Ремиссия состав-

ляла от 2 месяца до 12 лет. В зависимости от длительности ремиссии дети были разделены на 3 группы: с ремиссией до 2-х лет – 26 человек, от 2-х до 5 лет – 30 человек, и более 5 лет – 43 человека. В контрольную группу вошли 25 относительно здоровых детей с отсутствием патологии зубочелюстной и назофарингиальной области, сопоставимые по полу и возрасту с детьми основной группы. Микрофлору полости рта изучали по росту колоний микроорганизмов на различных питательных средах, состояние местного иммунитета оценивали по уровню лизоцима (спектро-

фотометрическим методом) и секреторного иммуноглобулина в слюне (методом Manchini), изучался также характер кристаллографии слюны.

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с использованием пакета анализа программы «Microsoft Excel 2000».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами было обнаружено, что видовой состав микрофлоры рта у детей с гемобластозами значительно отличался не только от контрольной группы, но и в зависимости от сроков ремиссии (см. табл. 1).

Таблица № 1

Показатели микробного роста в ротовой полости у детей с гемобластозами при различной длительности ремиссии (абс., %)

Микроорганизмы	< 2 лет ремиссии, n=26	От 2 до 5 лет ремиссии, n=30	> 5 лет ремиссии, n=43	Группа контроля, n=25
Proteus	23%(6чел)*	7%(2чел)*#	0%(0чел)#	0%(0чел)
Lactobacillus	54%(14чел)*	73%(22чел)#	75%(32чел)#	80%(20чел)
Str. viridans	38%(10чел)*	60%(18чел)*#	77%(33чел)#	88%(22чел)
Str. mutans	73%(19чел)	43%(13чел)#	53%(23чел)#	52%(13чел)
Str. haemolyticus	46%(12чел)*	33%(10чел)	35%(15чел)*	16%(4чел)
Candida albicans	58%(15чел)*	27%(8чел)*#	16%(7чел)*#	4%(1чел)
Staph. epidermicus	50%(13чел)	37%(11чел)	33%(14чел)	28%(7чел)
Staph. aureus	23%(6чел)*	13,3%(4чел)	19%(8чел)	8%(2чел)
E. coli	23%(6чел)*	7%(2чел)*#	2%(1чел)#	0%(0чел)
Enterococcus	42%(11чел)*	23%(7чел)	28%(12чел)	16%(4чел)

Примечания: *- различие достоверно с аналогичными показателями группы контроля ($p < 0,05$);

#- различие достоверно с аналогичными показателями группы с ремиссией <2 лет ($p < 0,05$)

Таблица №2

Показатели местного иммунитета полости рта у детей с гемобластозами в зависимости от длительности ремиссии ($M \pm m$)

Показатели	Единицы измерения	< 2 лет ремиссии, n=26	От 2 до 5 лет ремиссии, n=30	> 5 лет ремиссии, n=43	Группа контроля, n=25
Лизоцим	ед./л	31,77 ± 1,40	32,47 ± 1,24	37,95 ± 1,80#, ' ,	35,20 ± 2,34
slgA	г/л	0,10 ± 0,01*	0,15 ± 0,01*	0,17 ± 0,01#, ' ,	0,18 ± 0,01

Примечание: *- различие достоверно с аналогичными показателями группы контроля ($p < 0,001$);

- различие достоверно с аналогичными показателями группы с ремиссией <2 лет ($p < 0,001$);

' - различие достоверно с аналогичными показателями группы с ремиссией от 2 до 5 лет ($p < 0,001$)

Как видно из табл. 1 в группе контроля чаще всего встречались Str. viridans и Lactobacillus (сапрофиты ротовой полости), а реже всего Proteus и E. coli – бак-

терии кишечной группы, являющиеся показателем дисбиотических нарушений в ротовой полости. В группе детей с ремиссией до двух лет нормофлора

(*Lactobacillus*, *Str. viridans*) встречалась у небольшого числа детей (54% и 38% соответственно), по сравнению с группой контроля, а превалировал рост условнопатогенной флоры (*Str. mutans* 73%, *Candida albicans* 58%).

В высоком проценте высевались микроорганизмы кишечной группы. В группе детей от 2 до 5 лет и более 5 лет ремиссии чаще всего определялись (*Str. viridans* 60% и 77% соответственно, *Lactobacillus* 73% и 75% соответственно), но меньше, чем в группе контроля, и наименее часто встречались *E. coli* (7% и 2% соответственно) и *Proteus* (7% и 0% соответственно).

При определении показателей местного иммунитета отмечалось снижение уровня sIgA, по сравнению с контрольной группой, особенно выраженное у детей с ремиссией до 2 лет, а также прослеживалась тенденция к снижению уровня лизоцима. Смотри табл.2. По данным кристаллографии слюны воспалительный характер ветвлений был выявлен у 52% детей со сроком ремиссии до 2 лет, 23% от 2 до 5 лет, 29% более 5 лет, в группе контроля этот показатель составил 6%.

ВЫВОДЫ

1. У детей с гемобластозами с длительностью ремиссии менее 2-х лет в полости рта в большем проценте случаев встречается микрофлора, не характерная для данного биотопа (условно-патогенная и патогенная) и значительно реже - сапрофитная флора.

2. Установлено, что у детей с гемобластозами имеет место снижение уровня (sIg A) ротовой полости, наиболее выраженное у детей с более ранними сроками ремиссии (до 2 лет).

3. В высоком проценте случаев у детей с гемобластозами определяется воспалительный характер кристаллографии слюны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дурнов Л.А. Руководство по детской онкологии. - М.: Миклош, 2003. - 504с.
2. Хавкин А.И. Микробиоценоз кишечника и иммунитет. //Русский медицинский журнал. - 2003. - №11. - С.122-125.
3. Чухрай Н.Л. Обґрунтування профілактики карієсу зубів у дітей з гемобластозами : Дис... канд. наук:14.01.22-2005.
4. Янковский ДС., Дымент Г.С. Микрофлора и здоровье человека Киев - 2008г. - С.75-79.