

КАСЬКОВА Л.Ф., ВАЩЕНКО І.Ю., МОРГУН Н.А.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
Кафедра дитячої терапевтичної стоматологічної академії з
профілактикою стоматологічних захворювань

irenavashchenko@gmail.com, 0953016039

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ КОМПЛЕКСНИЙ ГІГІЄНІЧНИЙ ДОГЛЯД
ПОРОЖНИНИ РОТИ У ХВОРИХ ДІТЕЙ НА ЗЛОЯКІСНІ
ГЕМОБЛАСТОЗИ .**

Загальна частота уражень твердих і м'яких тканин порожнини рота при гемобластозах сягає 90% [1,2,3]. Кількість стоматологічних ускладнень після поліхіміотерапії та променевої терапії становить 77% [4,5]. Провідну роль у лікуванні онкологічних хворих відводять комплексній санації порожнини рота та належному гігієнічному догляду за нею перед початком променевої та хіміотерапії [6,7]. Ускладнений перебіг стоматологічних хвороб протікає на тлі незадовільного стану гігієни та недостатнього гігієнічно догляду за порожниною рота. Метою наших досліджень явилось проведення порівняльної характеристики стану гігієни порожнини рота у хворих на лімфобласний лейкоз під час різних клінічних етапів перебігу основної хвороби.

Нами було обстежено 65 дітей, хворих на гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ). Контрольну групу склали 70 дітей. Контрольну групу склали діти без соматичної патології. Діти були розподілені на групи за віковими періодами: дошкільний (5-6 років), молодший шкільний (7-11 років), старший шкільний (12-15 років). Також діти були поділені на групи залежно від клініко-гематологічних етапів основної хвороби, на яких і здійснювали стоматологічне обстеження пацієнтів. Так, до першої групи (ГЛЛ І) увійшли діти, яких було первинно обстежено під час установлення основного діагнозу. Друга група була сформована з дітей, які закінчили

місячний курс поліхіміотерапії (ГЛЛ II). До складу третьої групи ввійшли діти, яких обстежили під час стійкої ремісії (від півроку до 5 років) із приводу основної хвороби (ГЛЛ III).

Гігієнічний стан порожнини рота вивчали методом Ю.О.Федорова і В.В. Володкіної за допомогою гігієнічного індексу. Інтерпретацію результатів проводили за оцінювальною шкалою для зубного нальоту: 0 - 0,6 бала – добрий гігієнічний стан; 0,7 – 1,6 бала – задовільний; 1,7 – 2,5 бала – незадовільний; понад 2,5 бала – поганий.

Результати клінічних досліджень, проведених за допомогою індексу Федорова – Володкіної, дали можливість оцінити рівень гігієни у хворих на лейкемію в різний віковий період та в залежності від перебігу основної хвороби.

Так, на первинному огляді дітей 5-6 років, хворих на ГЛЛ, цей показник склав $2,7 \pm 0,03$ бала, а в контролі - $2,3 \pm 0,04$ бала ($p < 0,05$) та оцінювався як незадовільний. Вірогідне зростання показників було виявлене в періоди лікування ГЛЛ та його ремісії відповідно в 1,8 та 1,3 разу в порівнянні з контролем ($p < 0,05$), що оцінювали як поганий та незадовільний рівень гігієни.

У соматично здорових дітей 7-11 років показник гігієнічного індексу становив $1,83 \pm 0,05$ бала, що відповідає задовільному стану гігієни. У групі первинно обстежених дітей із ГЛЛ він дорівнює $2,6 \pm 0,09$ бала (поганий), під час лікування - $3,1 \pm 0,11$ бала (дуже поганий), а в період стійкої ремісії - $2,2 \pm 0,04$ бала (поганий) ($p < 0,05$).

Між контрольною групою та первинно оглянутими дітьми 12-15 років вірогідної різниці за показником Федорова – Володкіної не було виявлено. Під час лікування ГЛЛ цей показник зростає в 1,73 разу в порівнянні з контролем, а в період ремісії - в 1,4 разу також у порівнянні із контролем ($p < 0,05$). У дітей 5-15 років між контрольною групою та первинно оглянутими дітьми вірогідної різниці не встановлено ($p > 0,05$).

Оцінка гігієнічного рівня за індексом Федорова - Володкіної у дітей 5-15 років, хворих на лейкемію, показала його задовільний та незадовільний стан. Найгірші показники виявлені під час лікування ГЛЛ незалежно від віку дітей. У період ремісії вони дещо покращувалися в порівнянні з другим обстеженням хворих дітей, але були вищими за показники контрольної групи.

Отже, необхідно приділити особливу увагу дітям, які знаходяться на стаціонарному лікуванні та в період стійкої ремісії з приводу ГЛЛ. У ці періоди виявлений незадовільний гігієнічний стан порожнини рота, який обумовлений поганим рівнем гігієни та іноді повністю відсутнім гігієнічним доглядом за порожниною рота. У зв'язку з підвищеною травматизацією ясен та різко вираженим симптомом кровоточивості діти повністю відмовлялися чистити зуби. М'який зубний наліт підтримував запалення в яснах і виступав одним із етіологічних чинників, які призводили до розвитку хвороб тканин пародонта. Тому, враховуючи ступінь тяжкості перебігу лейкемії, необхідно чітко спрямувати профілактичні заходи в кожний із періодів перебігу хвороби.

Лікувально-профілактичні заходи щодо хворих дітей рекомендовано розпочинати одночасно із курсом поліхіміо- або променевої терапії для запобігання виникненню ускладнень у порожнині рота. Індивідуальний гігієнічний догляд здійснювати із використанням м'яких зубних щіток зі щетиною типу „Sensitive”, „Sensitive plus” або „Soft”. Щетина має бути мікротекстурною, дуже м'якою, із закругленими кінчиками та з індикатором зношення. Рекомендовано використовувати зубну пасту „Лісовий бальзам”, ополіскувач „Лісовий бальзам” з екстрактом шавлії.

У період стійкої ремісії лейкемії хвороб доцільно проводити професійну гігієну порожнини рота. Рекомендовано: для індивідуальної гігієни використовувати м'які та середньої жорсткості зубні щітки, зубну

пасту „Лісовий бальзам” із корою дуба, ополіскувач „Лісовий бальзам” з екстрактом шавлії.

Вчасне призначення та використання профілактичних заходів у період лікування ГЛЛ дає змогу знизити кількість ускладнень у порожнині рота з боку твердих тканин зубів та пародонту.