

И.В. Ковач, Ю.В. Хотимская, Б.Л. Хотимский

Гигиенический статус детей, больных острыми формами лейкемии

ГУ «Днепропетровска медицинская академия МЗ Украины»

Цель: определить гигиенический статус детей, больных острыми формами лейкемии на разных этапах клинического течения заболевания.

Пациенты и методы. Проведено обследование 126-ти детей с различными стоматологическими заболеваниями на фоне острого лимфобластного лейкоза. Проводили анкетированный опрос детей об использовании индивидуальных средств гигиены, регулярности и правильности чистки зубов. Также применялись клинические методы исследования гигиенического статуса с помощью индексов гигиены полости рта – индекса ОНI-S и Silness-Loe по стандартным методикам.

Результаты. Исследования гигиенического состояния полости рта свидетельствуют о том, что у детей с острым лимфобластным лейкозом, в среднем гигиенический индекс отвечает «плохому» в разных возрастных группах и зависит не только от возраста ребенка, но и от периода клинического течения лейкоза.

Выводы. Полученные в результате стоматологического обследования и осмотра данные свидетельствуют о необходимости проведения профилактических мероприятий, направленных на улучшение гигиены полости рта, снижение распространенности и интенсивности кариеса зубов, заболевании пародонта во всех возрастных группах детей с острым лимфобластным лейкозом.

Ключевые слова: лейкемия, дети, слизистая оболочка полости рта, гигиена полости рта, зубной налет.

Введение

Важность правильного гигиенического воспитания как здоровых детей, так и с соматической патологией очень велика. Так как у большинства детей еще не сформировалась потребность в здоровом образе жизни, они до определенного возраста генетически запрограммированы на уход за ними со стороны родителей. Поэтому формирование мотивации на проведение гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта требует много внимания, терпения и должно осуществляться совместными усилиями стоматолога и родителей.

Состояние гигиены полости рта у детей играет существенную профилактическую роль в развитии как стоматологических, так и соматических заболеваний. Поэтому индивидуальная профилактика и личная гигиена полости рта являются одним из эффективных методов предупреждения заболеваний как твердых тканей зубов, так и слизистой оболочки полости рта, определяя качество жизни ребенка.

Материалы и методы исследования

В условиях стационарного отделения гематологии было проведено обследование 126-ти детей с различными стоматологическими заболеваниями на фоне острого лимфобластного лейкоза. Проводили анкетированный опрос детей об использовании индивидуальных средств гигиены, регулярности и правильности чистки зубов. Также применялись клинические методы исследования гигиенического статуса с помощью индексов гигиены полости рта – индекса ОНI-S и Silness-Loe по стандартным методикам.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе данные анкетирования, проведенного у 126-ти детей с различными стоматологическими заболеваниями на фоне острого лимфобластного лейкоза, была выяснена кратность чистки зубов, проводился опрос об индивидуальных средствах гигиены, регулярности и правильности чистки зубов. Результаты опроса свидетельствуют о недостаточной информированности детей и их родителей о навыках ухода за полостью рта и низком уровне гигиенического воспитания.

Гигиеническая информированность детей обследованных групп и их родителей по навыкам ухода за полостью рта оказалась на недостаточном уровне (табл. 1).

Менее 50 % детей во всех возрастных группах имели адекватные навыки гигиены полости рта и чистили зубы два раза в день – утром и вечером. По результатам опроса и проверки практических навыков лишь 28 детей чистили зубы один раз в день в острый период ОЛЛ, 14 детей – в стадии ремиссии и 8 – во время рецидива болезни. Большой процент детей проводили гигиену полости рта нерегулярно (не каждый день). Вообще не имели зубной щетки 15 (11,9 %) детей в основном младшего дошкольного возраста (2–5 лет), у них отсутствуют элементарные знания и навыки по уходу за полостью рта.

При анализе данных таблицы 1 наблюдается тенденция возрастания количества детей, которые регулярно чистят зубы (два раза в день: утром и вечером) с их

Таблица 1

Регулярность и кратность проведения индивидуальной гигиены полости рта у обследованных детей (% лиц)

Период клинического течения ОЛЛ	Возрастные группы детей, годы	2 раза в день	1 раз в день	Не регулярно
Острый период	2–5 (n = 21)	–	30,0	70,0
	6–8 (n = 9)	11,1	44,4	44,5
	9–11 (n = 7)	42,9	28,6	28,5
	12–14 (n = 16)	43,8	43,8	12,4
	15–18 (n = 18)	44,5	44,5	11,0
Стадия ремиссии	2–5 (n = 8)	12,5	50,0	37,5
	6–8 (n = 5)	20,0	60,0	20,0
	9–11 (n = 4)	25,0	50,0	25,0
	12–14 (n = 5)	40,0	40,0	20,0
	15–18 (n = 9)	55,6	33,3	11,1
Рецидив	2–5 (n = 6)	–	16,7	83,3
	6–8 (n = 5)	20,0	40,0	40,0
	9–11 (n = 3)	33,3	33,4	33,3
	12–14 (n = 5)	40,0	40,0	20,0
	15–18 (n = 5)	40,0	40,0	20,0

возрастом, так, в группах детей 15–18-ти лет определены самые высокие показатели регулярной гигиены полости рта. Также следует отметить, что дети с ОЛЛ чаще и качественнее чистят зубы в стадии ремиссии основного заболевания и гораздо реже в острый период или во время рецидива. Это связано с тем, что уход за полостью рта у больных с острой лейкемией часто затруднен в результате тяжелого общего состояния пациентов и из-за болезненных ощущений в полости рта при этом заболевании, которые препятствуют полноценной индивидуальной гигиене.

При анализе гигиенического состояния полости рта обращали внимание на характер налета на зубах. Кроме мягких зубных отложений отмечали и твердые: зубной камень и плотный пигментированный зубной налет, который встречался во всех исследуемых группах детей с ОЛЛ. Располагался он чаще всего на шейках зубов на вестибулярной и оральной поверхностях, однако наблюдались случаи, когда плотная пленка налета сплошь покрывала зубную поверхность. Следует отметить, что налет на зубах не был монохромным, отмечалась разница в цвете от желтого и коричневого до серо-черного. Твердые зубные отложения в виде зубного камня отмечены у детей как в острый период лейкоза, так и в стадии ремиссии. Полученные данные подтвердили обозначенную тенденцию, которая заключается в отсутствии статистической разницы в гигиеническом состоянии полости рта у детей группы острого периода и рецидива ОЛЛ, установленной в результате анализа индексов гигиены полости рта – индекса ОНИ-S и Silness-Loe. Достоверные отличия данных индексов наблюдались только в группе детей, которые находились в стадии ремиссии лейкемии.

Уровень гигиены полости рта оценивали по совокупности индексов, учитывая высокий балл. Оценку результатов исследования проводили согласно градации по ВОЗ: «хорошая», «удовлетворительная», «неудовлетворительная» и «плохая» гигиена полости рта. Полученные данные исследования приведены в таблицах 2–4.

При анализе результатов проведенного исследования (табл. 2) установлено, что показатели гигиенического состояния оказались «плохими» или «неудовлетворительными» во всех возрастных группах детей в острый период ОЛЛ. Так, наихудшее состояние гигиены полости рта наблюдались у детей младшей группы (2–5 лет): лишь 10 % «удовлетворительное», у более 50 % детей данной группы имели «плохое» состояние гигиены полости рта. При этом гигиенический индекс ОНИ-S у детей с ОЛЛ в острый период составлял от 1,3±0,07 до 2,4±0,12 балла, а индекс Silness-Loe – 1,55±0,08–2,35±0,12 балла.

Это свидетельствует о низком уровне гигиенического воспитания младших школьников 6–8-и лет и недостаточной информированности родителей детей младшей дошкольной группы (2–5 лет) и требует проведения активных форм работы по обучению гигиены с целью выработки устойчивых навыков систематического ухода за полостью рта. В группах детей 9–11 и 12–14-ти лет с ОЛЛ в острый период у 10,4 % обследуемых гигиена полости рта была «хорошей». У 72,3 % детей установлено «удовлетворительное» гигиеническое состояние полости рта, а «неудовлетворительное» – у 26,3 %. При этом индекс гигиены ОНИ-S составил 1,4±0,07 балла, а Silness-Loe – 1,77±0,09 балла.

Однако с возрастом гигиена полости рта улучшилась. Так, в возрастной группе 15–18-летних детей гигиенические индексы ОНИ-S и Silness-Loe отвечали 1,3±0,07 и 1,55±0,08 балла. При этом всего лишь 15,3 % детей имели «неудовлетворительную» гигиену полости рта, а у 82,4 и 2,3 % была определена «удовлетворительная» и «хорошая» гигиена соответственно.

Приведенные данные исследования гигиенического состояния полости рта свидетельствуют о том, что у детей возрасте 15–18 лет неудовлетворительные цифровые

Таблица 2

Состояние гигиены полости рта у детей с ОЛЛ в острый период, M±m

Возраст детей	ОНИ-S (баллы)	Silness-Loe (баллы)
2–5 (n = 21)	2,4±0,12	2,46±0,13
6–8 (n = 9)	2,3±0,12	2,35±0,12
9–11 (n = 7)	1,5±0,08	1,95±0,11
12–14 (n = 16)	1,4±0,07	1,77±0,09
15–18 (n = 18)	1,3±0,07	1,55±0,08

Таблица 3

Состояние гигиены полости рта у детей с ОЛЛ во время рецидива, M±m

Возраст детей	ОНИ-S (баллы)	Silness-Loe (баллы)
2–5 (n = 6)	2,5±0,13	2,48±0,13
6–8 (n = 5)	2,4±0,12	2,37±0,12
9–11 (n = 3)	1,6±0,08	1,97±0,10
12–14 (n = 5)	1,5±0,08	1,81±0,09
15–18 (n = 5)	1,4±0,07	1,59±0,08

Таблица 4

Состояние гигиены полости рта у детей с ОЛЛ в период ремиссии, M±m

Возраст детей	ОНИ-S (баллы)	Silness-Loe (баллы)
2–5 (n = 8)	2,1±0,11	2,27±0,12
6–8 (n = 5)	1,8±0,09	2,01±0,10
9–11 (n = 4)	1,4±0,07	1,52±0,08
12–14 (n = 5)	1,2±0,06	1,37±0,07
15–18 (n = 9)	1,1±0,06	1,22±0,06

значения индекса гигиены оказались самыми низкими, а удовлетворительные и хорошие – самые высокие, что связано, на наш взгляд, с осознанным пониманием значения тех действий, которые делает ребенок для улучшения своего здоровья, и эти дети были более ответственными по сравнению с младшими школьниками и дошкольниками в исполнении гигиенических мероприятий.

Подобная тенденция наблюдалась в группах детей с ОЛЛ во время рецидива заболевания (табл. 3).

Так, по данным индекса ОНИ-S и Silness-Loe у детей 2–5-ти лет с ОЛЛ во время рецидива показатели были наихудшими и составили 2,5±0,13 и 2,48±0,13 балла, у детей младшего и среднего школьного возраста – от 1,5±0,08 до 2,4±0,12 балла составил индекс Грина-Вермильона и 1,81±0,09–2,48±0,13 балла – индекс Силнесс-Лое, у детей 15–18-ти лет – 1,4 ± 0,06 и 1,59±0,08 балла соответственно.

Однако, анализируя цифровые значения гигиенических индексов, полученных у детей с ОЛЛ в стадии ремиссии, можно сделать вывод, что количество детей с неудовлетворительной гигиеной было меньше по сравнению с группами детей первого острого периода и рецидива лейкемии (табл. 4).

Выводы

1. Исследования гигиенического состояния полости рта свидетельствуют о том, что у детей с острым лимфобластным лейкозом в среднем гигиенический индекс отвечает «плохому» в дошкольном (2–5 лет) и младшем школьном возрасте (6–8 лет). У подростков выявлена тенденция к улучшению гигиенического ухода

за фронтальной группой зубов. Однако, настораживает довольно большое количество детей в этом возрасте, имеющих неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта и являются группой риска возникновения поражений как в твердых тканях зубов, так и в тканях пародонта.

2. Цифровые значения гигиенических индексов OHI-S и Silness-Loe зависят не только от возраста ребенка, но и от периода клинического течения лейкоза, что связано, по нашему мнению, с тяжелым общим состоянием и болезненными ощущениями в полости рта у данного

контингента детей и негативным влиянием курсов химиотерапии на гигиеническое состояние полости рта этих детей.

3. Полученные в результате стоматологического обследования и осмотра данные свидетельствуют о необходимости проведения профилактических мероприятий, направленных на улучшение гигиены полости рта, снижение распространенности и интенсивности кариеса зубов, заболеваний пародонта во всех возрастных группах детей с острым лимфобластным лейкозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Г.Л. Менткевич, С.А. Маякова. Лейкозы у детей // Практическая медицина, 2009.
2. В.Ф. Чехун. Злокачественные новообразования гемопозитической системы // Доктор-Медиа, 2012.
3. М.П. Павлова. Лейкозы у детей (Клинико-радиологические исследования) // Высшая школа, 2012.
4. Мамаев Н.Н. Гематология. 2е издание. дополненное и исправленное // Спец-Лит, 2011.
5. Дементьева И.И., Чарная М.А., Морозов Ю.А. Патология системы гемостаза: руководство // ГЭОТАР-Медиа, 2011.
6. М.А. Вейнер, М.С. Кейро. Секреты детской онкологии и гематологии // Бино, 2008.
7. Г.И. Козинец, В.В. Высоцкий, В.В. Захаров и др. Кровь и экология // Практическая медицина, 2007.
8. В.И. Ершов, Хоффбрэнд А. Наглядная гематология: учебное пособие / Пер. с англ. (2-е изд.) // ГЭОТАР-Медиа, 2008.
9. Л.А. Цветкова-Аксамит, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова, Ю.Н. Перламутров. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: Учебное пособие. – 3-е изд. // МЕДпресс-информ, 2009.
10. А.К. Иорданишвили. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта // МЕДпресс-информ, 2008.
11. С.А. Гусева. Болезни системы крови // МЕДпресс-информ, 2004.
12. А.С. Свінціцький, С.А. Гусева та ін. Діагностика та лікування захворювань системи крові (посібник для студентів і лікарів-інтернів). Загальна // Медкнига, 2011.
13. М.М. Боядзис, П.Ф. Лебоуиц, Дж.Н. Фрейм, Т. Фоджо. Краткое руководство по лечению опухолевых заболеваний / Пер. с англ. // Практическая медицина, 2009.
14. И. Ялкуп, Г.П. Потехина. Биотерапия опухолей // Книга плюс, 2010.
15. В.С. Мосиенко, Л.К. Куртсеитов. Интегральные подходы к лечению опухолевой болезни // Школьный мир, 2010.
16. А.С. Свінціцький, С.А. Гусева та ін. Діагностика та лікування захворювань системи крові (посібник для студентів і лікарів-інтернів). Частина 2 // Медкнига, 2011.
17. А.С. Свінціцький, С.А. Гусева та ін. Діагностика та лікування захворювань системи крові (посібник для студентів і лікарів-інтернів). Частина 1 // Медкнига, 2011.
18. В.М. Мавродий. Анемия: синдромный подход (3-е изд. перераб.) // Заславский А.Ю., 2010.
19. Дементьева И.И., Чарная М.А., Морозов Ю.А. Анемии: руководство // ГЭОТАР-Медиа, 2013.
20. А.В. Демидова. Анемии // МЕДпресс-информ, 2006.
21. Вавилова Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта: учебное пособие (2-е изд., испр. и доп.) // ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Гігієнічний статус дітей, хворих на гострі форми лейкомії

I.V. Kovach, Ю.В. Хотімська, Б.Л. Хотімський

Мета: визначити гігієнічний статус дітей, хворих на гострі форми лейкомії, на різних етапах клінічного перебігу захворювання.

Пацієнти та методи. Проведено обстеження 126-ти дітей з різними стоматологічними захворюваннями на тлі гострого лімфобластного лейкозу. Дроводили анкетоване опитування дітей про використання індивідуальних засобів гігієни, регулярності та правильності чистки зубів. Також застосовувалися клінічні методи дослідження гігієнічного статусу за допомогою індексів гігієни порожнини рота – індексу OHI-S і Silness-Loe за стандартними методиками.

Результати. Дослідження гігієнічного стану порожнини рота свідчать про те, що в дітей, хворих на гострий лімфобластний лейкоз, у середньому гігієнічний індекс відповідає «поганому» в різних вікових групах і залежить не тільки від віку дитини, а й від періоду клінічного перебігу лейкозу.

Висновки. Отримані в результаті стоматологічного обстеження і огляду дані свідчать про необхідність проведення профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення гігієни порожнини рота, зниження поширеності та інтенсивності карієсу зубів, захворювань пародонту в усіх вікових групах дітей, хворих на гострий лімфобластний лейкоз.

Ключові слова: лейкомія, діти, слизова оболонка порожнини рота, гігієна порожнини рота, зубний наліт.

Hygienic status children with acute forms of leukemia

I. Kovach, J. Khotimskaya, B. Khotimski

Objective: determine the hygienic status of children with acute forms of leukemia at different stages of the clinical course of the disease.

Patients and methods. Surveyed 126 children with a variety of dental diseases with acute lymphoblastic leukemia. Babies anketirovanny conducted a survey on the use of personal hygiene, regular and correct tooth brushing. Also conducted clinical research methods hygienic status with the help of oral health indices – the index of OHI-S and Silness-Loe according to standard procedures.

Results. Research hygienic condition of the oral cavity suggest that children with acute lymphoblastic leukemia, the average index of hygienic answers «bad» in different age groups, and depends not only on the age of the child, but also on the period of the clinical course of leukemia.

Conclusions. Resulting dental examination and inspection data indicate the need for preventive measures aimed at improving oral hygiene, reduce the prevalence and intensity of dental caries, periodontal disease in all age groups of children with acute lymphoblastic leukemia.

Key words: leukemia, children, the mucous membrane of the mouth, oral hygiene, dental plaque.

I.V. Kovach – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри дитячої стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Адреса: 49000, м. Дніпропетровськ, вул. Кожум'яки, 7, кв. 13. Телефон: (050) 342-77-22. E-mail: kovach@list.ru.

Ю.В. Хотімська – асистент кафедри дитячої стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Адреса: 49009, м. Дніпропетровськ, пр. С. Нігояна, 19, кв. 13. Телефон: (050) 361-38-97. E-mail: khotimskaya@ukr.net.

Б.Л. Хотімський – лікар стоматолог вищої категорії.

Адреса: 49009, м. Дніпропетровськ, вул. Р. Шухевича, 42, кв. 2. Телефон: (050) 361-38-98.