

Министерство Здравоохранения Хабаровского края
Хабаровская краевая ОО «Ассоциация стоматологов»
Дальневосточный государственный медицинский университет

***АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ***

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

Партнеры:
Компания «Стома-Денталь»

Хабаровск - 2020

УДК: 616.31-053 (063)

ББК: 5я 431 + 57.336.6

А 437

Актуальные проблемы стоматологии детского возраста и ортодонтии:

Сборник научных статей X региональной научно- практической конференции с международным участием по детской стоматологии / Под редакцией проф. А. А. Антоновой. - Хабаровск: Издательство «Антар». - 2020. – 222с.

Сборник научных публикаций посвящен одной из важнейших разделов медицины - стоматологии детского возраста. Представлены результаты исследований состояния здоровья детей различных регионов РФ и Зарубежья, опыт клинических наблюдений врачей. Сборник предназначен для врачей стоматологов, педиатров, организаторов здравоохранения, аспирантов, ординаторов.

В сборнике изданы рисунки детей МБОУ СОШ №33 г.Хабаровска, (Россия), опубликованы авторские стихотворения ассистента кафедры стоматологии детского возраста ДВГМУ И.Ю.Литвиной, Шералиевой Сохибы,Узбекистан

УДК: 616.31-053 (063)

ББК: 5я 431 + 57.336.6

А 437

Издательство «Антар», 2020.

Авторские права принадлежат ДВГМУ



Дорогие коллеги, друзья!

От имени организационного комитета приветствую участников
III Дальневосточного
стоматологического конгресса
и X Региональной научно-
практической конференции
с международным участием
«Актуальные проблемы детской
стоматологии и ортодонтии»!

2020 год оставит неизгладимый след в истории. Международное медицинское сообщество столкнулось с вызовом, сравнимым по масштабу с средневековыми эпидемиями инфекционных болезней. Происходящие события показали уязвимость человечества и острую необходимость единения усилий врачей и исследователей всего мира в борьбе с коварным врагом. Общая проблема сделала нас сильнее и сплоченнее.

Особенно приятно, что мы встречаем участников Конгресса в дни юбилейных мероприятий старейшего на Дальнем Востоке России медицинского ВУЗа; в этом году Дальневосточному государственному медицинскому университету, нашей Alma Mater, исполняется 90 лет.

Впервые мы проводим масштабное научное мероприятие в онлайн формате. Но, несмотря на негативную причину этого вынужденного формата, следует отметить его неоспоримые преимущества – никогда еще Дальний Восток не был так близок ко всей России и миру. Уверен, что работа Конгресса и конференции пройдет успешно, будет способствовать развитию медицинской науки, интеграции дальневосточных исследователей в мировое научное сообщество. Желаю участникам успешной работы, увлекательных дискуссий, налаживанию перспективного сотрудничества!

Благодарю всех за участие!

Ректор ФГБОУ ВО ДВГМУ
Минздрава России д.м.н.,
член-корр. РАН

К.В. Жмеренецкий

ИНДЕКСЫ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

Каськова Л.Ф., Янко Н.В., Ващенко И.Ю.,

Амосова Л.И., Павленкова О.С.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

В последнее десятилетие наблюдается рост как онкологических заболеваний, так и выживаемости пациентов, страдающих ними, поэтому качество жизни таких пациентов превратилось в одну из основных медицинских проблем. Острый лимфобластный лейкоз(ОЛЛ) считается наиболее распространенным типом лейкемии у детей. Периодонтальные изменения у пациентов с лейкемией сопровождаются ростом кариеса [1,2], заболеваний пародонта [3]. Только несколько авторов описали отдалённые результаты, свидетельствующие о состоянии пародонтау пациентов, получавших противоопухолевое лечение в детском возрасте [5,6,7].

Целью работы было сравнение индексов гингивита на разных этапах лечения ОЛЛ у детей.

Материалы и методы. Были обследованы 313 детей в возрасте от 7 до 15 лет, 213 из них вошли в контрольную группу. 110 детей с ОЛЛ находились на различных этапах интенсивной химиотерапии. Дети проходили стоматологическое обследование в гематологическом отделении детской больницы г.Полтава. Пациенты отбирались по следующим критериям: 1) впервые диагностированный ОЛЛ; 2) цели и требования исследования были одобрены родителями; 3) динамическое наблюдение.

Пациенты с ОЛЛ были разделены на три группы. Группа Л1 - 50 пациентов, прошедших обследование до начала химиотерапии, группа Л2 - 50 пациентов, обследованных через 1 месяц курса химиотерапии, и группа Л3 - 60 пациентов, которые были в постоянной гематологической ремиссии 1-5 лет. Контрольная группа и пациенты с ОЛЛ были разделены на 2 подгруппы:

7-11 лет и 12-15 лет. Информированное согласие было получено от всех родителей.

Оценка степени гингивита проводилась с помощью индексов Silness-Loe, РМА (модифицированный С. Parma) и индекса кровоточивости сосочков (РВІ), предложенных Saxer и Muhlemann. Статистические результаты были проанализированы тестом Фишера, значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым. Группы пациентов с ОЛЛ имели значительно худшие показатели индексов гингивита чем контрольная группа ($p < 0,0001$) как в возрасте 7-11 лет (таблица 1), так и у детей 12-15 лет (таблица 2). У 7-11-летних детей из группы Л2 эти показатели были значительно выше (таблица 1), чем в группе Л1 ($p < 0,0001$). У 7-11-летних детей из группы Л3 значительное увеличение по сравнению с группой Л2 было обнаружено по индексу Silness-Loe ($p < 0,0001$), тогда как индекс РМА и РВІ уменьшались ($p < 0,0001$).

Таблица 1.

Индексы гингивита у 7-11 летних детей в различные периоды ОЛЛ

Группа	РМА, %	Silness-Loe, баллы	РВІ, баллы
Контрольная	5.83±0.56	0.2±0.05	0.27±0.04
Л1	16.71±2.7	0.75±0.07	1.45±0.07
Л2	35.6±4.0	0.9±0.09	3.5±0.15
Л3	28.9±2.9	1.6±0.12	2.4±0.02

Л1 – дети, обследованные до химиотерапии, группа Л2 - дети, обследованные через 1 месяц от начала химиотерапии, и группа Л3 – дети в постоянной гематологической ремиссии

Таблица 2.

Индексы гингивита у 12-15 летних детей в различные периоды ОЛЛ

Группа	РМА, %	Silness-Loe, баллы	РВІ, баллы
Контрольная	6.0±0.84	0.73±0.06	0.32±0.12
Л1	28.4±3.2	1.5±0.12	2.2±0.08
Л2	41.6±3.04	1.9±0.14	3.6±0.14
Л3	26.08±4.01	2.01±0.02	2.6±0.2

Л1 – дети, обследованные до химиотерапии, группа Л2 - дети, обследованные через 1 месяц от начала химиотерапии, и группа Л3 – дети в постоянной гематологической ремиссии

12-15-летние дети из группы Л1 (таблица II) имели значительно более высокие показатели РМА, Silness-Loe и РВІ, чем контрольная группа ($p < 0,001$) (таблица II). У 12-15-летних детей из группы Л2 эти показатели были значительно выше, чем в группе Л1 ($p < 0,001$). У 12-15-летних детей из группы Л3 значительное увеличение по сравнению с группой Л2 было обнаружено для индекса Silness-Loe ($p < 0,0001$), в то время как модифицированный индекс РМА и РВІ уменьшались ($p < 0,0001$).

Наше исследование согласуется с работой AzherU. AndShiggaonN.[3], которые выявили, что модифицированный индекс гингивита у детей в возрасте от 2 до 14 лет был выше в период поддерживающей фазы ОЛЛ, чем на индукционной фазе или на фазе лучевой терапии. В нашем исследовании индексы гингивита у детей ухудшались после 1-месячного курса химиотерапии ($p < 0,0001$). Индекс Silness-Loe значительно увеличился в фазу ремиссии по сравнению с фазой химиотерапии ($p < 0,0001$), а индексы РМА и РВІ уменьшились ($p < 0,0001$). Такие данные могут быть объяснены различными оценками в этих показателях: индексы РМА и Silness-Loe оценивали воспаление десны, РВІ - интенсивность кровотечения, и оценка 2 в индексе Silness-Loe означала кровотечение при зондировании, которое описывалось как 1-3 балла в РВІ.

В нашем исследовании дети с ОЛЛ на этапе ремиссии (от 1 до 5 лет) имели худшие индексы гингивита, чем здоровые дети, что согласуется с данными Sonisetal. [4], где дети с ОЛЛ, проходившие химиотерапию и лучевую терапию и бывшие как минимум 5 лет в непрерывной ремиссии, имели значительно более высокие показатели индекса гингивита, чем здоровые дети. По другим данным, дети с лейкемией в периоде ремиссии (1-9 лет) [5] имели показатель индекса гингивита, идентичный здоровым детям. Такие же результаты были обнаружены у детей, находящихся 3-20 лет в ремиссии [6]. Мы предполагаем, что эти результаты были связаны с длительностью ремиссии.

На всех этапах лечения ОЛЛ дети имели худшие индексы гингивита, чем здоровые дети. Принимая во внимание вышесказанное, можно сделать вывод, что дети с ОЛЛ 1-5 лет после окончания химиотерапии требуют как обследования, так и профилактических курсов для минимизации пародонтальных изменений, что является целью дальнейшего исследования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Каськова Л.Ф. Ураженість зубів карієсом у дітей з лейкемією / Л.Ф. Каськова, І.Ю. Ващенко, О.Ю. Андріянова // Профілактична та дитяча стоматологія. - 2016. - № 2. - С. 32-36.
2. Поширеність та інтенсивність каріозного процесу в дітей, хворих на лімфогранулематоз, обстежених у різні періоди перебігу основної хвороби // Каськова Л.Ф., І. Ю. Ващенко, Н. В. Янко, О. О. Карпенко, Н. Н. Коротич // Український стоматологічний альманах. – 2015. - №3. –С.42-46.
3. AzherU, ShiggaonN: Oral health status of children with acute lymphoblastic leukemia under go in gchemotherapy. IndianJDent Res 24, 523 (2013)
4. Sonis AL, Waber DP, Sallan S, Tarbell NJ: The oral health of longterm survivors of acute lymphoblastic leukaemia: a comparison of three treatment modalities. Eur J Cancer B Oral Oncol 31B, 250–252 (1995)
5. Dens F, Boute P, Otten J, Vinckier F, Declerck D: Dental caries, gingival health, and oral hygiene of long term survivors of paediatric malignant diseases. Arch Dis Child 72, 129-132 (1995).
6. Welbury RR, Craft AW, Murray JJ, Kernahan J: Dental health of survivors of malignant disease. Arch Dis Child 59, 1186-1187 (1984).

