

УДК 616.314.17 – 053.4:616.155.392] - 08

Л.Ф. Каськова, І.Ю. Ващенко, О.О. Карпенко, Л.І. Амосова,

Н.М. Коротич

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ, ПІД ЧАС ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Провідну роль у лікуванні онкологічних хворих відводять комплексній санації порожнини рота перед початком променевої та хіміотерапії (ПХТ) [1-3]. За даними літературних джерел, у хворих на гемобластози на тлі нейтропенії, тромбоцитопенії виникають інфекційні ускладнення у порожнині рота, які у 25-54% випадків здатні призводити до сепсису [2-5].

У дітей із лімфобластним лейкозом основні стоматологічні хвороби розвиваються на тлі зниження швидкості саливації, рН, імунологічних показників, підвищеної в'язкості, вмісту основних мінеральних компонентів, частоти мікробного заселення ротової рідини [6]. Наведені вище зміни гомеостазу ротової порожнини і визначають характер лікувально-профілактичних заходів.

Мета роботи: вивчити вплив розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованого на покращення стану тканин пародонта в дітей із лімфобластним лейкозом під час поліхіміотерапії.

Матеріали і методи дослідження

З метою вивчення ефективності розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів було проведено лікування хвороб тканин пародонта в дітей, хворих на ЛЛ, під час поліхіміотерапії. Для цього було сформовано

групу хворих дітей із ЛЛ (до лікування (група A_1) і після (група A_2) з 25 осіб віком 7-15 років, які підлягали поліхіміотерапії. Контроль склали 25 соматично здорових дітей (група К).

Швидкість саливації (мл/хв) визначали після забору ротової рідини за співвідношенням кількості нестимульованої ротової рідини, зібраної протягом 5 хв. [7]. В'язкість ротової рідини у відносних одиницях визначали за методикою, запропонованою Т.Л. Редіноюю (1986) [7].

Мінералізуючий потенціал ротової рідини оцінювали за її мікрокристалізацією (П.А. Леус, 1977). Мікрокристалізацію оцінювали за методикою Х.М. Сайфуліної, О.П. Поздєєва (1991) в середніх балах залежно від типів кристалізації [7].

Для профілактики і лікування хвороб тканин пародонта і твердих тканин зубів запропоновані заходи з урахуванням клінічної стадії перебігу онкогематологічних хвороб.

Лікувально-профілактичні процедури в порожнині рота дітей із первинно виявленою онкогематологічною хворобою розпочинали одночасно з курсом поліхіміо- або променевої терапії для запобігання виникненню стоматологічних ускладнень. Гігієнічний догляд здійснювали за допомогою м'яких зубних щіток із щетиною типу „Sensitive”, „Sensitive plus” або „Soft” з дуже м'якою мікротекстурою, із закругленими кінчиками та з індикатором зношування щетини. Використовували зубну пасту „Лісовий бальзам”, ополіскувач „Лісовий бальзам” з екстрактом шавлії.

Для полоскання і ротових ванночок застосовували „Фітодент” 6-8 раз за добу; 10-15 крапель „Олії зародків пшениці” у вигляді аплікацій наносили на ясна і слизову оболонку після полоскання та ротових ванночок 6-8 раз; для лікування хвороб тканин пародонта призначали „Лісобакт” по 4-5 пігулок за добу, до повного розсмоктування в порожнині рота; „Вінілін” у вигляді

аплікацій наносили на ясна і виразково-некротичну поверхню 3-4 рази за добу. Перед нанесенням аплікації на виразкову поверхню видаляли некротичний наліт протеолітичними ферментами трипсином і хемотрипсином.

Результати клінічних досліджень показали, що застосування розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів ефективно впливало на перебіг патологічних змін у тканинах пародонта і твердих тканинах зубів. Критерієм ефективності лікування гінгівітів під час проведення ПХТ була відсутність запальних явищ у яснах, або легкий ступінь їхнього прояву. Завдяки лікувальним заходам зменшувалися набряк, гіперемія і кровоточивість ясен, що виявляли під час обстеження хворих із виразково-некротичним гінгівостоматитом.

Місцеві ознаки клінічної ремісії патологічних змін при лікуванні гінгівітів у дітей із лімфобластним лейкозом під час ПХТ визначались на $7,28 \pm 0,24$ день, а виразково-некротичних гінгівостоматитів – на $10,04 \pm 0,24$ день. Застосування комплексу лікування під час стійкої ремісії дозволило отримати клінічні ознаки на $6,21 \pm 0,20$ день у дітей із гінгівітом та пародонтитом різних ступенів тяжкості.

Як відомо, незадовільний стан гігієни в порожнині рота стає джерелом патогенної мікрофлори, яка призводить до виникнення карієсогенної ситуації в порожнині рота і загострення запальних процесів у тканинах пародонта. Так, у дітей до лікування в групі A_1 гігієнічний стан оцінювався за індексом Федорова-Володкіної як дуже поганий і мав вірогідні відмінності з контрольною групою і групою A_2 ($p < 0,01$) (табл. 1). Після проведеного лікувально-профілактичного комплексу в групі A_2 він оцінювався як задовільний і був достовірно нижчий показника контрольної групи дітей ($p < 0,01$).

Динаміка параклінічних показників дала можливість оцінити ефективність дії на тканини пародонта лікувально-профілактичних заходів після закінчення лікування. Так, у дітей, хворих на ЛЛ (група А₂), виявлено вірогідне зниження показників РМА, Silness-Loe, ПІ, проби Писарева-Шіллера та індексу РВІ порівняно з групою А₁ ($p < 0,01$) та вірогідне їх покращення відносно контрольної групи ($p < 0,01$), (табл.2). Досягти повної клінічної ремісії з боку тканин пародонта у хворих дітей під час ПХТ не завжди можливо. Цей факт пов'язаний із тяжким загальним станом пацієнтів, але завдяки рекомендованому комплексу вдалося знизити токсичний вплив цитостатичної терапії в ротовій порожнині та знизити ступінь тяжкості гінгівіту і гінгівостоматиту.

Коливання гігієнічних і клінічних показників тісно зв'язане з біофізичними властивостями ротової рідини. Так, у дітей до застосування лікувального комплексу було встановлено вірогідне зниження швидкості слиновиділення і підвищення в'язкості ротової рідини ($p < 0,01$), відмінностей водневого показника не було виявлено ($p > 0,05$) (табл. 3). Хоча були отримані вірогідні відмінності ($p < 0,01$) між показниками груп А₁ й А₂, але вони залишалися гіршими в порівнянні з даними дітей контрольної групи ($p < 0,01$). Завдяки застосуванню запропонованого нами комплексу вдалося значно покращити біофізичні якості ротової рідини під час ПХТ.

Аналіз отриманих результатів після застосування лікувально-профілактичного комплексу показав, що мінералізуючий потенціал у дітей, хворих на ЛЛ (група А₂), під час ПХТ вірогідно підвищувався в порівнянні з групою А₁, але був нижчим показника К групи ($p < 0,01$)(табл.4).

Отже, результати застосування лікувально-профілактичного комплексу в дітей, хворих на ЛЛ, показали вірогідне покращення показників гомеостазу

порожнини рота, що дає можливість ослабити руйнівну дію хвороби і поліхіміотерапії.

Таблиця 1

Гігієнічний стан порожнини рота в дітей із лімфобластним лейкозом під час поліхіміотерапевтичного лікування

Група дітей	Кількість Дітей	Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною, бали
К	25	1,96±0,08
A ₁	25	3,27±0,1
p		< 0,01
A ₂	25	1,75±0,06
p		< 0,05
p ₁		< 0,01

Примітка:

1. p - вірогідність показників у порівнянні з контрольною групою;
2. p₁ – вірогідність показників у порівнянні між групою A₁ і групою A₂;
3. n – кількість обстежених дітей.

Таблиця 2

Параклінічні показники стану тканин пародонта в дітей із лімфобластним лейкозом під час поліхіміотерапії

Група дітей	n	PMA, %	Silness-Loe, бали	ПІ, бали	Проба Писарева-Шіллера, бали	PВІ, ступінь
К	25	35,8±4,14	1,2±0,07	1,3±0,05	1,6±0,04	1,8±0,03
A ₁	25	34,5±2,30	1,53±0,10	1,61±0,11	1,57±0,08	3,14±0,01
p		<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01
A ₂	25	13,9±1,10	0,61±0,06	0,65±0,06	0,58±0,05	1,1±0,08
p		p ₁ <0,01	p ₁ <0,05	p ₁ <0,01	p ₁ <0,01	p ₁ <0,01
p ₁		p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05

Примітка:

1. p - вірогідність показників у порівнянні з контрольною групою;
2. p₁ – вірогідність показників у порівнянні між групою A₁ і групою A₂;

3. n – кількість обстежених дітей.

Таблиця 3

Біофізичні показники ротової рідини в дітей із лімфобластним лейкозом під час поліхіміотерапії

Група дітей	Кількість дітей	Водневий показник, од.	Швидкість слиновиділення (мл/хв)	В'язкість окр. од.
К	25	$7,14 \pm 0,02$	$0,42 \pm 0,01$	$1,84 \pm 0,05$
A ₁	25	$6,6 \pm 0,05$	$0,13 \pm 0,01$	$4,4 \pm 0,14$
p		> 0,05	<0,001	<0,001
A ₂	25	$6,9 \pm 0,03$	$0,27 \pm 0,01$	$3,07 \pm 0,08$
p		> 0,05	<0,001	<0,001
p ₁		> 0,05	<0,001	<0,001

Примітка:

1. p - вірогідність показників у порівнянні з контрольною групою;
2. p₁ – вірогідність показників у порівнянні між групою A₁ і групою A₂;
3. n – кількість обстежених дітей.

Таблиця 4

Динаміка мінералізуючого потенціалу ротової рідини дітей із лімфобластним лейкозом під час поліхіміотерапії

Група дітей	Кількість дітей	Мінералізуючий потенціал, бали
К	25	$2,54 \pm 0,13$
A ₁	25	$0,73 \pm 0,12$
p		<0,001
A ₂	25	$1,3 \pm 0,11$
p		<0,01
p ₁		<0,01

Примітка:

1. p - вірогідність показників у порівнянні з контрольною групою;
2. p₁ – вірогідність показників у порівнянні між групою A₁ і групою A₂;
3. n – кількість обстежених дітей.

Література

1. Букреева Н.М. Комплексная профилактика и лечение поражений органов полости рта у детей с острым лейкозом / Н.М. Букреева // Стоматология. – 1982. - №4. – С.20 – 23.
2. Щербей О.В. Вибір засобів індивідуальної гігієни порожнини рота у дітей з гострими лейкеміями / О.В. Щербей // Вісник стоматології. - 2004. - №2. – С.84-87.
3. Чухрай Н.Л. Рівень санітарно – гігієнічних знань у дітей та підлітків з гострою лімфобластною лейкемією / Н.Л. Чухрай, Г.В. Гірчак, У.Н. Мазепа // Стоматологічні новини. – 2001. – С.113-114.
4. Суколинский В.Н. Перспективы применения антиоксидантов в комбинированном лечении злокачественных опухолей / В.Н. Суколинский // Вопросы онкологии. – 1990. – Т.36, №2. – С.138-143.
5. Каськова Л.Ф. Вплив лікувально-профілактичного комплексу на показники ротової рідини в дітей, хворих на лімфобластний лейкоз та лімфогранулематоз / Л.Ф. Каськова, І.Ю. Ващенко // Український стоматологічний альманах. – 2005. – №2. – С. 36 - 38.
6. Ващенко І.Ю. Мінеральний склад ротової рідини у дітей, хворих на лімфобластний лейкоз / І.Ю. Ващенко // Вісник проблем біології та медицини. – 2005. - № 1.- С. 88 - 91.
7. Поздеева А.Р. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов: метод. реком. для субординаторов, интернов и врачей-стоматологов / А.Р. Поздеева, Т.Л. Резинова.- Ижевск, 1994.-24 с.

Стаття надійшла

3.09.2013 р.

Резюме

Результати клінічних і параклінічних досліджень у дітей із лімфобластним лейкозом показали, що застосування розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів ефективно вплинуло на перебіг патологічних змін у тканинах пародонта і твердих тканинах зубів, що дало можливість ослабити руйнівну дію хвороби і поліхіміотерапії.

Ключові слова: хвороби пародонта, діти, лімфобластний лейкоз.

Резюме

Результаты клинических и параклинических исследований у детей с лимфобластным лейкозом показали, что применение разработанного комплекса лечебно-профилактических мероприятий эффективно повлияло на течение патологических изменений в тканях пародонта и твердых тканях зубов, что позволило ослабить разрушительное действие болезни и полихимиотерапии.

Ключевые слова: болезни пародонта, дети, лимфобластный лейкоз.

Summary

The results of clinical and para-clinical researches in children with lymphoblastic leukemia showed that devising complex of treatment and preventive measures have effectively influenced to current of pathological changes which observed in periodontal tissues and dental hard tissues that has enabled to reduce the devastating effects of the disease and chemotherapy.

Key words: periodontal disease, children, lymphoblastic leukemia.