

ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАСОБИ ДЛЯ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ФОРМАМИ ЛЕЙКЕМІЙ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)

nmu.dts@gmail.com

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Діагностика, лікування та профілактика захворювань твердих тканин зубів на різних етапах їх розвитку у дітей» (№ державної реєстрації 0116U000122).

Вступ. За даними літератури кількість злоякісних захворювань в дитячому віці значно збільшується, в тому числі захворювань крові. В Україні в останній час виявлена тенденція до збільшення розповсюдженості гострих лейкемій, вона складає від 2,5 до 4,1 випадків на 100000 дитячого населення. Гострою мієлобластною лейкемією частіше всього хворіють діти у віці 12-14 років та старше, що складає 15-20% від всіх форм лейкемій. Гостра лімфобластна лейкемія діагностується у 75% і частіше у віці від 2 до 5 років і від 15 до 18 років, частіше всього за даними статистики хворіють хлопчики. Хронічна мієлоїдна форма зустрічається рідко, за даними літератури 1-3% у дітей. В останні роки це захворювання діагностується в ранньому віці, в дитячому гематологічному відділенні ми спостерігали дітей хворих на гостру лімфобластну лейкемію у віці від 1 до 1,5 років [1].

Інфекції – вірусна, грибова та інші є закономірним ускладненням перебігу гострого лейкозу в результаті первинного та вторинного імунodefіцитного синдрому (наслідки цитостатичної терапії, нейтропенії) [2].

Описані ураження слизової оболонки порожнини рота вірусом герпесу, грибами роду *Candida*, *Aspergillus* важкої та середньої форм клінічного перебігу гострих лейкемій [3,4,5,6,7]. В 56% випадків відмічали поєднані ураження слизової оболонки порожнини рота та інших органів під назвою «мукозид», який є наслідком високодозної інтенсивної хіміотерапії [5,8,9].

Ураження слизової оболонки порожнини рота, тяжкий загальний стан перешкоджають прийманню їжі та виключають можливість проведення індивідуальної традиційної гігієни.

Відсутність гігієни порожнини рота, гіпосалівація, локалізовані зміни складу зубних нашарувань та ротової рідини приводить до прогресуючого збільшення карієсогенних штамів мікроорганізмів, демінералізації емалі, зростання інтенсивності карієсу [10].

Чітких рекомендацій по гігієні порожнини рота у дітей при гострих лейкеміях в залежності від стану слизової оболонки порожнини рота на різних етапах лікування в літературі ми не знайшли. Традиційно рекомендують полоскання розчинами, які містять хлор-

гексидина біглюконат і видалення зубних відкладень марлевими серветками [11].

Тому, **метою роботи** є вивчення змін у порожнині рота дітей з гострими формами лейкемій, обґрунтувати вибір засобів індивідуальної гігієни порожнини рота в залежності від клінічного перебігу, форми та етапів лікування основного захворювання.

Об'єкт і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходились 80 дітей у віці від 2 до 18 років з гострими лейкеміями, які знаходились на лікуванні у відділенні дитячої гематології Київського обласного онкологічного диспансеру, Київській міській дитячій лікарні «ОХМАТДИТ» та у відділенні дитячої гематології Радіаційного центру м. Києва, з них з гострою мієлобластною лейкемією – 29 дітей, гострою лімфобластною – 51. Нами була розроблена, узгоджена з гематологом та рекомендована індивідуальна гігієна порожнини рота дітям з гострими лейкеміями в залежності від клінічного перебігу, форми та етапів лікування основного захворювання.

Всім дітям від 2 до 7 років були проведені гігієнічні заходи, визначали стан гігієни порожнини рота за допомогою індекса Федорова – Володкіної, а дітям від 7 до 18 – індекс G. Green – R. Vermillon.

Результати дослідження та їх обговорення. Було обстежено в перший гострий період 27 дітей основної групи та 13 контрольної. В період клінічної ремісії (підтримуюча терапія) під нашим наглядом знаходилось 14 дітей основної групи і 10 контрольної, в період рецидиву – 9 дітей основної групи, 7 – контрольної.

В групі дітей, які знаходились на етапі першого гострого періода індекс Федорова – Володкіної складав 3,1, а індекс G. Green – R. Vermillon – 2,17. В другій групі обстежених, які були в періоді клінічної ремісії індекс Федорова – Володкіної складав 2,5, а індекс G. Green – R. Vermillon – 1,9. В період рецидиву гострої лейкемії індекс Федорова – Володкіної складав 4,8, а індекс G. Green – R. Vermillon – 2,7, які оцінювались як незадовільні.

Перший гострий період лейкемії характеризується розвитком первинного і вторинного імунodefіцитного синдрому (наслідки цитостатичної терапії, грануло- і тромбоцитопенії). В цей період, частота інфекційних ускладнень складає майже 100%, що в свою чергу потребує активної протиінфекційної терапії та ін. (антибіотики, кортикостероїди) [2].

На фоні тяжкого загального стану розвиваються різні ураження слизової оболонки порожнини рота вірусної, кандидозної і токсичної етіології. В цей період обмежено вживання їжі, виконання маніпуляцій з гігієни порожнини рота, що пов'язано з проявами у ви-

гляді геморагічного синдрому та болісності слизової оболонки та ясен, які в свою чергу є загрозою розвитку генералізованої інфекції. В певний період дитина не може користуватися зубною щіткою та пастою.

Після проведення курсу хіміотерапії, при нормалізації показників крові можливо проведення професійної гігієни і санації порожнини рота. Вважаємо доцільним дати рекомендації батькам про необхідність регулярного контролю індивідуальної гігієни порожнини рота хворої дитини, як складової частини комплексу лікувально-профілактичних заходів, як важливого профілактичного заходу виникнення уражень слизової оболонки порожнини рота.

Стоматолог гематологічного відділення повинен систематично оглядати порожнину рота дитини, який отримує комплексне лікування, в залежності від стану порожнини рота та загального гематологічного статусу проводити корекцію індивідуальної гігієни.

На початку курсу лікування основного захворювання необхідно навчити дітей та їх батьків методам чистки зубів, рекомендувати засоби та предмети гігієни. Рекомендувати раціональну зубну щітку по формі, розміру робочої частини (головки) в залежності від величини одного сегменту зубів двох різців і ікла на верхній щелепі, або аналогічно тимчасових зубів. По жорсткості це повинна бути щітка середньої жорсткості, яка використовується при відсутності уражень на слизовій оболонці порожнини рота. Краще відразу придбати декілька щіток, враховуючи їх заміни в майбутньому в зв'язку з можливими змінами в порожнині рота, які можуть виникнути по мірі комплексного лікування основного захворювання. В період, коли неможливо використовувати зубну щітку, ми рекомендували гумову грушу для промивання порожнини рота та зажим (типу пеан), який може бути необхідний в майбутньому як альтернатива зубної щітки.

Під час лікування дітей, які знаходились в активній фазі гострого лейкозу, для індивідуальної гігієни порожнини рота ми рекомендуємо зубні щітки з м'якою щетиною і комплексні лікувально-профілактичні зубні пасти, які містять фторид і антисептик широкого спектру дії (триклозан, цетилперидумхлорид, хлорексидин, активні добавки). Ці пасти, крім очищувальної дії володіють протизапальною, антимікробною активністю, кровозупинною, протиалергічною, протигрибковою дією, а також сприяють процесам регенерації.

Довготривале використання засобів індивідуальної гігієни, з високою антимікробною активністю, які містять хлоргексидин і триклозан приводять до розвитку дисбактеріозу, появи стійких мікроорганізмів до цих антисептиків, появи на зубах та на язичці темно-коричневого нальоту, розвивається дисгевзія і агевзія, загострення запального процесу, про що свідчать дані літератури та наші спостереження [13, 14].

Щоб запобігти вище перерахованим побічним ефектам, засоби гігієни необхідно міняти кожних 2-3 тижні, чистити зуби 2-3 рази на день. Перед чищенням зубів та після кожного прийому їжі ми рекомендували полоскати рот ополіскувачами у вигляді готових до використання аптечних форм, які містять антибактеріальну речовину, імуномодулятори, антиоксиданти рослинного походження.

Ополіскувачі можуть бути виготовлені у вигляді настоїв, із різних видів лікарських рослин (ромашки лікарської, шалфею, звіробою, кропиви, тисячолістника ін.).

Для попередження розвитку кандидозу необхідно використовувати 0,5% розчин бікарбоната натрія, настій богульника болотяного, петрушки, лаврового листа.

В період клінічної ремісії (підтримуюча терапія) гострої лейкемії, яка характеризувалась відсутністю клінічних симптомів лейкемії, нормальною картиною периферичної крові (бластні клітини відсутні, можлива помірна тромбоцитопенія, лейкопенія), у мієлограмі вміст бластних елементів не більше 5% та лімфоцитів не більше 20%. В цей період гематологами проводиться підтримуюча хіміотерапія, але в силу того, що лейкемічні клітини достатньо часто (до 75% дітей) визначаються у кістковому мозку та його оболонках, дітям проводиться локальна рентгенотерапія і ендодюмбальне введення хіміопрепаратів [2].

У цих дітей ми спостерігали зростання інтенсивності карієсу зубів, хронічний гіпертрофічний і катаральний гінгівіт (кровоточивість ясен), набряк, сухість та відчуття печіння слизової оболонки порожнини рота, кандидоз [7]. В цей період необхідно рекомендувати зубні пасти, які мають виражену протизапальну і протикаріозну дію.

В період рецидиву гострого лейкозу в мієлограмі визначається 25% бластних форм клітин при кістковомозковому лейкозі, а також наявність лейкемічного інфільтрату різної локалізації в тому числі і в порожнині рота, лімфовузлах, додаткових пазухах носа [2, 12].

В порожнині рота у цих дітей ми спостерігали ерозивно-виразкові та виразково-некротичні ураження слизової оболонки порожнини рота з неприємним запахом з рота, що було пов'язано з низьким вмістом лейкоцитів ($1,0 \times 10^9$). Також був виражений геморагічний синдром, який характеризувався кровоточивістю ясен при хронічному катаральному і гіпертрофічному гінгівіті [13]. Відмічали різку болісність слизової оболонки порожнини рота, яка пов'язана з гострим катаральним стоматитом і псевдомембранозною формою кандидозу.

В період лікування рецидиву гострого лейкозу, коли значно погіршується загальний стан дитини, індивідуальну гігієну необхідно продовжувати. Оскільки зубною щіткою в цей період дитина користуватися не може, ми рекомендували використовувати рідкі засоби індивідуальної гігієни у вигляді полоскань, ротових ванночок. Якщо дитина не в змозі полоскати рот, то необхідно порожнину рота промивати із гумового балончика вище вказаними засобами. Для зняття зубних нашарувань необхідно використовувати пухкі ватні тампони на затиску типу «пеан», дуже важливо це робити максимально обережно, щоб не викликати кровотечу. Для цього тампон повинен бути надійно зажатий, щоб бранші не травмували слизову оболонку порожнини рота.

Для збереження функції жування та стимуляції слиновиділення на всіх етапах лікування основного захворювання ми рекомендували жувальну гумку з ксилітом після приймання їжі та промивання порожнини рота впродовж 10-15 хвилин, ротові ванночки

1% розчином галаскорбіну. Червону облямівку губ доцільно обробляти 5% рибофлавіновою маззю, використовувати гігієнічну губну помаду.

При схильності до алергії ми рекомендували використовувати гомеопатичні засоби індивідуальної гігієни, які містять натуральні продукти. Вони мають високу очищувальну та лікувально-профілактичну дію.

Висновки. Таким чином, індивідуальна гігієна порожнини рота та вибір засобів гігієни повинен бути адекватним загальному стану дитини і стану слизової оболонки порожнини рота.

Перспективи подальших досліджень полягають у необхідності подальшого вивчення, інтерпретації умов виникнення в порожнині рота і розробці лікувально-профілактичних заходів дітей з даною патологією.

Література

1. Andreeva V.A. Yndyvudualnaia hyhyena polosty rta u detei, poluchaiushchykh khymyoterapiyu / V.A. Andreeva // Klynycheskaia ymplantolohyia y stomatolohyia. – 2001. – № 3-4. – S. 17-18.
2. Alyeva M.D. Detskaia onkolohyia / M.D. Alyeva, V.H. Poliakova, H.L. Mentkevycha, S.A. Maiakovoi. – M.: Yzdatelskaia hruppa RONTs, 2012. – S. 684.
3. Babyi Y.L. Bolezny slizyatoi obolochky, kandydoznye porazhenyia polosty rta u detei. Chast 1 / Y.L. Babyi, E.A. Kalashnykova // Zhurnal «Zdorov'ia dytyny». – 2008. – № 3 (12).
4. Hematolohyia y ymmunolohyia detskoho vozrasta / Pod red. N.A. Alekseeva. – SPb.: Hyppokrat, 2009. – S. 1044.
5. Dolhykh V.H. (redaktorsha) Klynycheskaia patofyziolohyia dlia stomatoloha / V.H. Dolhykh. – N. Novhorod, 2000. – S. 199.
6. Kadrycheva T.H. Osobennosty funktsyonalnoi aktyvnosti neitrofylnykh hranulotsytov u detei s ostrym lymfoblastnym leikozom / T.H. Kadrycheva // Sybyrskiy onkolohychesky zhurnal. – 2011. – № 2 (44). – S. 62-66.
7. Kaznacheev K.S. Mukozyty rotovoi polosty u detei s ostrym leikozom / K.S. Kaznacheev // Voprosy detskoj dyetolohyy. Yzdatelstvo «Dynastyia» (Moskva), Tom 10. – 2012. – № 1. – S. 69-72.
8. Kovach Y.V. Hyhyenychesky status detei, bolnykh ostrymy formamy leikemyy / Y.V. Kovach, Yu.V. Khotymskaia, B.L. Khotymskyi, O.R. Hasparian // Sovremennaia stomatolohyia. – 2016. – № 4. – S. 28-30.
9. Liubymova L.S. Vplyv polikhimioterapii na slizovu obolonku porozhnyny rota khvorykh hostrymy mieloblastnymy leikozamy / L.S. Liubymova, O.H. Akopian, H.V. Banchenko [ta in.] // Stomatolohyia. – 2000. – № 3. – S. 18-22.
10. Pavlova M.L. Leikozy u detei (klynyko-radyolohycheskye yssledovannya) / M.L. Pavlova. – Vysshhaia shkola, 2012. – S. 384.
11. Tokmanova S.Y. Klynyko-morfolohycheskaia kharakterystyka yazvenno-nekrotycheskoho stomatyta na fone tsytostatycheskoj terapii ostroho leikoza / S.Y. Tokmanova, Yu.V. Lunytsyna // Sybyrskiy onkolohychesky zhurnal. – 2012. – № 4 (52). – S. 30-34.
12. Ulytovskiy S.B. Klynyko-mykrobyolohycheskoe yssledovanye zubnykh past na osnove lechebnykh ekstraktov / S.B. Ulytovskiy, H.U. Arkadeva, V.L. Hubarevskaia [y dr.] // Paradontolohyia. – 2003. – № 2 (27). – S. 30-33.
13. Khotymskaia Yu.V. Obshchaia kharakterystyka porazhenyi SOPR u detei s ostrymy leikemyiamy / Yu.V. Khotymskaia // Sovremennaia stomatolohyia. – 2016. – № 1. – S. 80-83.
14. Shcherbei O.V. Sostoianye orhanov polosty rta u detei, bolnykh ostrymy leikemyiamy / O.V. Shcherbei // Suchasna stomatolohyia. – 2002. – № 4 (20). – S. 43-45.

ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАСОБИ ДЛЯ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ФОРМАМИ ЛЕЙКЕМІЙ

Легенчук О. В., Мозгова О. М., Волкова С. В.

Резюме. Мета: вивчення змін у порожнині рота дітей з гострими формами лейкемії, обґрунтувати вибір засобів індивідуальної гігієни порожнини рота в залежності від клінічного перебігу, форми та етапів лікування основного захворювання.

Об'єкт і методи дослідження: 80 дітей у віці від 2 до 18 років з гострими лейкеміями, які знаходились на лікуванні у відділенні дитячої гематології, з них з гострою мієлобластною лейкемією – 29 дітей, гострою лімфобластною – 51. Нами була розроблена, узгоджена з гематологом та рекомендована індивідуальна гігієна порожнини рота дітям з гострими лейкеміями в залежності від клінічного перебігу, форми та етапів лікування основного захворювання. Всім дітям від 2 до 7 років були проведені гігієнічні заходи, визначали стан гігієни порожнини рота за допомогою індекса Федорова – Володкіної, а дітям від 7 до 18 – індекс G. Green – R. Vermillon.

Результати. Було обстежено в перший гострий період 27 дітей основної групи та 13 контрольної. В період клінічної ремісії (підтримуюча терапія) під нашим наглядом знаходились 14 дітей основної групи і 10 контрольної, в період рецидиву – 9 дітей основної групи, 7 – контрольної.

В групі дітей, які знаходились на етапі першого гострого періода індекс Федорова – Володкіної складав 3,1, а індекс G. Green – R. Vermillon – 2,17. В другій групі обстежених, які були в періоді клінічної ремісії індекс Федорова – Володкіної складав 2,5, а індекс G. Green – R. Vermillon – 1,9. В період рецидиву гострої лейкемії індекс Федорова – Володкіної складав 4,8, а індекс G. Green – R. Vermillon – 2,7, які оцінювались як незадовільні.

Висновки. Індивідуальна гігієна порожнини рота та вибір засобів гігієни повинен бути адекватним загальному стану дитини і стану слизової оболонки порожнини рота.

Ключові слова: гострі лейкемії, діти, індивідуальна гігієна порожнини рота.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ЛЕЙКЕМИЙ

Легенчук О. В., Мозговая Е. Н., Волкова С. В.

Резюме. Цель: изучение изменений в полости рта детей с острыми формами лейкемий, обоснование выбора средств индивидуальной гигиены полости рта в зависимости от клинического течения, формы и этапов лечения основного заболевания.

Объект и методы исследования: 80 детей в возрасте от 2 до 18 лет с острыми лейкемиями, которые находились на лечении в отделении детской гематологии, из них с острой миелобластной лейкемией – 29 детей, острой лимфобластной – 51. Нами была разработана, согласована с гематологами и рекомендована индивидуальная гигиена полости рта детям с острыми лейкемиями в зависимости от клинического течения, формы

и этапов лечения основного заболевания. Всем детям от 2 до 7 лет были проведены гигиенические мероприятия, изучали состояние гигиены полости рта с помощью индекса Федорова – Володкиной, а детям от 7 до 18 – индекс G. Green – R. Vermillon.

Результаты. Было обследовано в первый острый период 27 детей основной группы и 13 контрольной. В период клинической ремиссии (поддерживающая терапия) под нашим наблюдением находилось 14 детей основной группы 10 контрольной, в период рецидива – 9 детей основной группы, 7 – контрольной.

В группе детей, которые находились на этапе первого острого периода индекс Федорова – Володкиной составил 3,1, а индекс G. Green – R. Vermillon – 2,17. В другой группе обследованных, которые находились в периоде клинической ремиссии индекс Федорова – Володкиной составил 2,5, а индекс G. Green – R. Vermillon – 1,9. В период рецидива острой лейкемии индекс Федорова – Володкиной составил 4,8, а индекс G. Green – R. Vermillon – 2,7, которые оценивались как неудовлетворительные.

Выводы. Индивидуальная гигиена полости рта и выбор средств гигиены должен быть адекватным общему состоянию ребенка и состоянию слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: острые лейкемии, дети, индивидуальная гигиена полости рта.

INDIVIDUAL ORAL HYGIENE IN CHILDREN WITH ACUTE FORMS OF LEUKEMIA

Legenchuk O., Mozgova O., Volkova S.

Abstract. According to the literature, the number of malignant diseases in childhood is greatly increased, including blood diseases.

The purpose of our research is to study changes in the oral cavity of children with acute forms of leukemia, to justify the choice of personal hygiene products of the oral cavity, depending on the clinical course, the forms and stages of treatment of the underlying disease.

Results of the research and their discussion. The condition of oral cavity mucous membrane is studied in 80 children aged 2 to 18 years with acute leukemia, of which 29 with acute myeloblastic leukemia, with acute lymphoblastic disease – 51. Of these, at the stage of the first acute period there were 27 children, 14 at the stage of clinical remission and 9 children at the relapse stage.

All children from 2 to 7 years old held hygienic measures, determined the state of hygiene of the oral cavity using the index of Fedorov – Volodkina, and children from 7 to 18 – the index Green – Vermillon. In determining the Fedorov – Volodkin index, we have established high indicators of the hygienic index. The average value of the Green – Vermillon index makes it possible to assess the state of hygiene as bad.

On the background of a severe general condition, various lesions of the oral mucosa of the viral, candidiasis and toxic etiology develop. In this period, the use of food, manipulation of oral hygiene is limited, which is associated with manifestations of hemorrhagic syndrome and pain in the mucous membrane and gums, which in turn is a threat to the development of generalized infection. During a certain period a child can not use a toothbrush and a paste. After the course of chemotherapy, with the normalization of blood parameters it is possible to conduct professional hygiene and sanitation of the oral cavity. We consider it advisable to give recommendations to parents about the need for regular monitoring of the individual hygiene of the patient's oral cavity as an integral part of the complex of therapeutic and prophylactic measures as an important preventive measure for the occurrence of lesions of the mucous membrane of the oral cavity.

At the beginning of the course of treatment for the underlying disease, it is necessary to teach children and their parents methods of brushing teeth, recommend tools and hygiene items. Recommend a rational toothbrush in shape, size of the working part (head), depending on the size of one segment of the teeth of two incisors and the fangs on the upper jaw, or analogous to the temporary teeth. By rigidity, this should be a medium rigidity brush, which is used in the absence of lesions on the mucous membrane of the oral cavity. It is better to immediately buy several brushes, taking into account their replacement in the future due to possible changes in the oral cavity, which may arise as a comprehensive treatment of the underlying disease. In a period when it is not possible to use a toothbrush, we recommended a rubber bubble for washing the mouth and a pin (type of pean) that may be needed in the future as an alternative to the toothbrush.

In the treatment of children who were in the active phase of acute leukemia, for individual oral hygiene, we recommend soft bristle toothbrushes and complex therapeutic and prophylactic toothpastes containing fluoride and broad spectrum antiseptic (triclosan, cetylperidine chloride, chloroxidine, active supplements). These pastes, in addition to cleansing action, have anti-inflammatory, antimicrobial activity, haemostatic, anti-allergic, antifungal activity, as well as promote regeneration processes. To prevent the above listed side effects, hygiene should be changed every 2-3 weeks, brush your teeth 2-3 times a day. Before brushing teeth and after each meal, we recommended to rinse mouth with rinses in the form of ready-to-use chemist's forms that contain antibacterial agent, immunomodulators, herbal antioxidants. Rinsers can be made in the form of infusions, from various types of medicinal plants (chamomile medicinal, sage, St. John's wort, nettle, millennial, etc.). During the period of clinical remission (maintenance therapy) of acute leukemia, it is necessary to recommend toothpastes that have a pronounced anti-inflammatory and anticarcinogenic action.

During the treatment of recurrence of acute leukemia, when the general condition of the child deteriorates considerably, the individual hygiene needs to be continued. Since a baby can not use a toothbrush during this period, we recommended the use of liquid personal hygiene products in the form of rinses, oral trays.

Conclusions. Thus, the individual hygiene of the oral cavity and the choice of hygiene should be adequate to the general condition of the child and the state of the oral mucosa.

Keywords: acute leukemia, children, individual oral hygiene.

Рецензент – проф. Каськова Л. Ф.

Стаття надійшла 19.10.2017 року