

Попело Ю.В.

## ШВИДКІСТЬ САЛІВАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ СОЛІДНИМИ ПУХЛИНАМИ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ ПОЛІХІМІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

За статистичними даними, 64% пацієнтів, які приймають хіміотерапевтичне лікування, страждають від ускладнень, а явища ксеростомії простежуються майже в 100% випадків. Вона є наслідком порушення функціональної активності слинних залоз за рахунок накопичення цитостатиків у великих слинних залозах.

**Мета** дослідження полягала у вивченні швидкості салівації в дітей із солідними пухлинами різних локалізацій на фоні проведення курсів поліхіміотерапії.

Нами було обстежено 16 дітей віком від 10 до 14 років зі злоскіс-

ними пухлинами м'яких тканин у процесі отримання ними антинеобластичних препаратів та 25 здорових дітей того ж віку.

На початок першого курсу поліхіміотерапії кількість ротової рідини в онкологічних пацієнтів не відрізнялася від практично здорових дітей ( $0,39 \pm 0,02$  та  $0,41 \pm 0,01$  мл/хв. відповідно). Після першого курсу хіміотерапії швидкість слиновиділення знижувалася до  $0,17 \pm 0,01$  мл/хв., тобто у 2,2 рази. Між періодом проведення наступного курсу хіміотерапії швидкість салівації відновлювалася, але після отрима-

ного пацієнтами чергового блоку вона знову знижувалася ще більше - до  $0,11 \pm 0,01$  мл/хв.

Отже, поліхіміотерапевтичні препарати, що застосовуються для лікування дітей із солідними пухлинами, знижують функціональну активність слинних залоз, а вираженість порушень залежить від тривалості лікування. Прояви ксеростомії, що виникають при цьому, впливають на фізико-хімічні та біохімічні властивості ротової рідини, що призводить до ураження тканин зубів і пародонта в цих дітей.

Райда А.И., Сунь Луни, Лю Цзяоян

## ПРОФИЛАКТИКА ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

В последние годы в практике современной ортодонтии широкое распространение получило использование несъемной ортодонтической аппаратуры. Известно, что ортодонтическое лечение с использованием брекет-системы длительное. Брекеты нарушают самоочищение полости рта и проведение индивидуальных гигиенических проце-

дур. У детей и подростков эмаль не сформирована, отсутствуют стойкие навыки по уходу за полостью рта. В этой ситуации дополнительные ретенционные пункты брекет-системы способствуют образованию зубной бляшки и стойкой деминерализации эмали.

**Целью нашего исследования** явилось повышение эффектив-

ности профилактики очаговой деминерализации эмали в период ортодонтического лечения путем использования лечебно-профилактического комплекса.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 85 детей (47 девочек и 38 мальчиков) в возрасте 12-14 лет, которым проводилось ортодонтическое лечение несъемной ортодонтической

аппаратурой. Основную группу составили 54 ребенка, этим детям с целью профилактики развития очаговой деминерализации эмали в период ортодонтического лечения использовали разработанный лечебно-профилактический комплекс.

Группу сравнения составил 31 ребенок, которым в процессе ортодонтического лечения проводились традиционные профилактические мероприятия. Стоματοлогическое обследование детей обеих групп проводили до начала лечения и в сроки 1, 3, 6, 12 месяцев ортодонтического лечения. Во время стоматологического обследования изучали распространенность и интенсивность очаговой деминерализации эмали методом витального окрашивания 2% водным раствором метиленового синего, гигиеническое состояние ротовой полости оценивали с помощью индекса Qugley-Hein (1962) в модификации Л.В. Федоровой (1982), минерализующие свойства слюны по показателям микрокристаллизации (МКС), pH слюны, структурно-функциональную резистентность эмали (ТЭР) (В.Р. Окушко, Л.И. Косарева, 1984) в баллах.

Лечебно-профилактический комплекс:

- санация полости рта;
- профессиональная гигиена полости рта, которая заключается в использовании специальных методов и инструментов для очищения разных поверхностей зуба и межзубных промежутков;
- обучение детей и их родителей уходу за полостью рта с демонстрацией методики чистки зубов, индикацией зубного налета и констатацией качества;
- проведение гигиены в течение дня после каждого приема

пищи с обязательной вечерней процедурой;

-прием адаптогена «Эхинацея пурпурная»;

-диета, насыщенная солями кальция, фосфора и другими микроэлементами, витаминами, и соблюдение режима питания;

-полоскания ополаскивателем «Listerin» 3 раза в год по 5 дней, детям с единичными кариозными поражениями - дважды в год;

- глубокое фторирование с использованием препарата «Глуфторэд»;

-герметизация фиссур премоляров и второго постоянного моляра материалом «Ketak TM Molar Tasymix».

#### **Результаты исследования.**

Показатели интенсивности кариеса не имели существенных различий и составили в основной группе до начала лечения и проведения профилактических мероприятий  $3,54 \pm 0,21$ , в контрольной группе -  $3,82 \pm 0,31$ . В процессе лечения установлена разница этих показателей. Через 12 месяцев лечения в основной группе интенсивность кариеса составила  $4,25 \pm 0,25$ , в контрольной -  $5,02 \pm 0,24$ , а через 18 месяцев -  $3,24 \pm 0,26$  и  $6,02 \pm 0,21$  в контрольной группе. Гигиена полости рта до начала лечения у детей обеих групп была плохой и составила  $2,71 \pm 0,24$ , в контрольной -  $2,80 \pm 0,35$ .

Оценивая показатели кариесогенной ситуации в полости рта, следует отметить, что до начала комплексного лечения разница в обеих группах была незначительной. Микрокристаллизация смешанной слюны у детей основной и контрольной групп характеризовалась III типом кристаллообразования, минерализующий потенциал был низким и составил  $1,06 \pm 0,25$

и  $1,05 \pm 0,20$ . Уровень pH у детей обеих групп находился в пределах кислой реакции и составил соответственно  $6,42 \pm 0,05$  в основной и  $6,48 \pm 0,05$  в контрольной группе. Структурная резистентность эмали в обследованных группах до начала лечения составляла  $6,88 \pm 0,15$  и  $6,87 \pm 0,12$  балла.

До начала профилактических мероприятий диагностирована высокая степень выраженности кариесогенной ситуации в полости рта. В процессе лечения несъемной ортодонтической аппаратурой изменялись показатели состояния ротовой полости и были различны в основной и контрольной группах. В основной группе, где проводился профилактический комплекс, улучшились показатели гигиены. При исследовании морфологических характеристик ротовой жидкости у большинства обследованных отмечен II тип микрокристаллизации, а МПС увеличился ( $1,85 \pm 0,24$  балла), в контрольной группе преобладали в слюне кристаллы III типа, а МПС составлял  $1,13 \pm 0,16$ .

Уровень pH слюны стабилизировался на уровне слабощелочной у детей основной группы и составил  $6,72 \pm 0,07$ , в группе контроля - слабо кислой ( $6,52 \pm 0,05$ ). Значение ТЭР в основной группе снижается с  $5,88 \pm 0,23$  до  $5,02 \pm 0,30$ , в контрольной группе - с  $7,02 \pm 0,3$  до  $6,72 \pm 0,7$ .

#### **Выводы**

Таким образом, разработанный профилактический комплекс, применяемый до начала ортодонтического лечения несъемной аппаратурой и на этапах лечения, предотвращает развитие и дальнейшее прогрессирование рецидивов очаговой деминерализации эмали.