

М. А. Гавриленко

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ**

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** патология свертываемости крови, индексы гигиены, кариес, заболеваемость тканей пародонта, зубочелюстные деформации.

Приведены результаты стоматологического обследования у 54 детей, проживающих в Запорожской области, с патологией свертываемости крови. Определили особенности клинического течения стоматологических заболеваний у этих детей. Результаты обследования доказывают необходимость организации специализированной стоматологической помощи и разработки алгоритма реабилитационных стоматологических мероприятий для детей с патологией свертываемости крови.

**Стоматологічна захворюваність у дітей із патологією згортання крові**

М. А. Гавриленко

Наведено результати стоматологічного обстеження у 54 дітей, жителів Запорізької області, які мають патологію згортання крові. Виявлено особливості клінічного перебігу стоматологічних захворювань у цієї категорії пацієнтів. Результати обстеження доводять необхідність організації спеціалізованої стоматологічної допомоги та розробки алгоритму реабілітаційних стоматологічних заходів для дітей із патологією згортання крові.

**Ключові слова:** патологія згортання крові, індекси гігієни, карієс, захворюваність тканин пародонта, зубощелепні деформації.**Dental disease in children with pathology blood clotting**

M.A. Gavrilenko

The article presents the results of stomatological examination of 54 children with blood clotting disorders in Zaporozhye region. The peculiarities in clinical course of dental diseases were revealed in this category of children. The survey results prove the necessity of specialized dental care organization, the development of algorithm for dental rehabilitation activities for children with blood clotting disorders.

**Key words:** pathology of blood clotting, hygiene indexes, tooth decay (caries), incidence of parodontal tissue diseases, tooth-jaw deformations.

По результатам анализа данных современной специализированной литературы [1,3,6,8], оказание стоматологической помощи детям с патологией свертываемости крови требует особого внимания. Уже описаны методы лечения кариеса и его осложнений у таких детей [8], как и лечение патологии прикуса [9], но на практике не решенной остается проблема отсутствия алгоритмов оказания стоматологической помощи этим детям с учетом легковозникающих кровотечений при малейшем повреждении тканей. Такие кровотечения представляют угрозу для жизни ребенка и делают невозможным стоматологические вмешательства согласно существующим протоколам [9].

Учитывая высокие показатели стоматологической заболеваемости, среди которых преобладают хронические воспалительные заболевания тканей пародонта, ранние удаления постоянных зубов, невозможность проведения гигиенических мероприятий у детей с патологией свертываемости крови, назрела необходимость поиска специальных методов профилактики и лечения стоматологических заболеваний, которые будут способствовать своевременной санации полости рта, комплексной стоматологической реабилитации таких пациентов.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Определить состояние твердых тканей зубов и тканей пародонта, состояние гигиены полости рта, распространенность зубочелюстных аномалий у детей с патологией свертываемости крови.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Проведено стоматологическое обследование 108 пациен-

тов в возрасте от 2 до 18 лет. Для удобства сравнения взяли одинаковое число детей в основной и контрольной группах:

- основная (первая) группа – 54 ребенка с патологией свертываемости крови, которые периодически проходят обследование и лечение в КУ «Областная детская клиническая больница» г. Запорожья. Диагноз устанавливал лечащий врач-гематолог на основании специальных методов исследования крови (гемофилия А, В, тромбоцитопения, тромбоцитопатия).
- контрольная (вторая) группа – 54 практически здоровых ребенка, которые не состояли на диспансерном учете у врача-педиатра.

Здоровыми в стоматологическом аспекте можно считать детей с отсутствием острой, хронической и врожденной патологии зубочелюстно-лицевой области, то есть это дети:

- 1) с отсутствием признаков активного течения кариеса;
- 2) с запломбированными кариозными зубами при отсутствии осложненных форм кариеса;
- 3) без заболеваний тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта;
- 4) с отсутствием зубочелюстной патологии;
- 5) с вылеченными зубочелюстными аномалиями.

Индексы кп, кп+КПУ и КПУ не должны превышать средних значений для каждой возрастной группы (В.Г. Сунцов, 2001).

Дети I и II группы разделены по возрастным категориям в соответствии с периодами развития зубов (временный прикус – 2–5 лет, сменный прикус – 6–10 лет, постоянный прикус – 11–18 лет), по 18 детей в каждой группе.



Результаты обследования

|   | 2–5 лет                                     |  | 6–10 лет                                    |  | 11–18 лет                                   |   |
|---|---|--|---|--|---|---|
|   | I группа, %                                 | II группа, %                             | I группа, %                                 | II группа, %                             | I группа, %                                 | II группа, %                              |
| Зубочелюстные аномалии                          | 34,8  | 2  | 71,66                                       | 3,8                                      | 61,3  | 4,3                                       |
| Аномалии прикрепления мягких тканей полости рта | 18,5  | -  | 14,33                                       | 0,4                                      | 16,7  | 1,4                                       |
| Мелкое преддверие полости рта                   | 9,3   | -  | 7,16  | 0,6                                      | 7,4   | 1,0                                       |
| Укороченная уздечка верхней губы                | 13,9  | 0,9                                      | 11,7  | 1,0                                      | 2,93  | 0,8                                       |
| Укороченная уздечка языка                       | 5,4   | 0,7                                      | 4,23  | 0,8                                      | 6,9   | 1,0                                       |
| ИК (ВОЗ, 1977)                                  | I ст. - 24;<br>II ст. - 49;<br>III ст. - 27 | I ст. - 9;<br>II ст. - 0;<br>III ст. - 0 | I ст. - 20;<br>II ст. - 60;<br>III ст. - 40 | I ст. - 13;<br>II ст. - 0<br>III ст. - 0 | I ст. - 17;<br>II ст. - 69;<br>III ст. - 14 | I ст. - 11;<br>II ст. - 0;<br>III ст. - 0 |

При обследовании детей учитывали состояние лицевого скелета, прикус, прикрепление мягких тканей полости рта, состояние слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта и зубов, интенсивность кровоточивости (ВОЗ, 1977). Результаты представлены в *таблице 1*.

Интенсивность кровоточивости (ИК) десен определяли на основании жалоб больного. При I степени выраженности кровоточивость отмечали редко, преимущественно во время приема жесткой пищи (2 балла), при II – при чистке зубов (4 балла), при III – кровоточивость появлялась самопроизвольно (8 баллов). В норме числовое выражение этого индекса равно нулю [10].

Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности зубочелюстных аномалий у детей с заболеваниями свертываемости крови.

Гигиеническое состояние полости рта (ИГ) оценивали по Ю.А. Федорову и В.В. Володкиной. Результаты представлены в *таблице 2* [10].

Результаты обследования упрощенного индекса Green-Vermillion представлены в *таблице 3* [10].

У детей 2–5 лет проводили окрашивание вестибулярных поверхностей – 51, 55 (54), 71, 65 (64) и язычных поверхностей – 85 (84), 75 (74) зубов.

Анализируя полученные значения можно говорить о плохих показателях гигиены полости рта. Практически ни один ребенок из основной группы не проводит качественную чистку зубов или не чистит зубы вообще.

У детей I группы в возрасте от 2 до 5 лет общая заболеваемость кариесом и его осложнениями составила 78,61%. Более половины детей (60,83%) имели зубы с осложненным кариесом.

Таблица 2

Гигиеническое состояние полости рта по Федорову-Володкиной (ИГ)

| Критерий состояния в баллах    | 2–5 лет     |              | 6–10 лет    |              | 11–18 лет   |              |
|--------------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|                                | I группа, % | II группа, % | I группа, % | II группа, % | I группа, % | II группа, % |
| Хорошее (1,1–1,4)              | 7,94        | 10,0         | -           | 19,9         | -           | 25,9         |
| Удовлетворительное (1,5–1,8)   | 11,9        | 17,4         | -           | 29,9         | 3,7         | 49,9         |
| Неудовлетворительное (1,9–2,5) | 47,61       | 54,8         | 60,5        | 40,9         | 71          | 21,0         |
| Плохое (2,6–3,8)               | 16,66       | 14,9         | 20,1        | 0,3          | 15,3        | -            |
| Очень плохое (3,9–5,0)         | 15,87       | 2,9          | 19,7        | -            | 10          | -            |

Таблица 3

Оценка гигиенического состояния ротовой полости

|                           | Значение ОHI-S | Количество детей | Оценка ОHI-S  | Оценка гигиены полости рта |
|---------------------------|----------------|------------------|---------------|----------------------------|
| I группа, %<br>2–5 лет    | 0–0,6          | –                | Низкий        | Хорошо                     |
|                           | 0,7–1,6        | 1                | Средний       | Удовлетворительно          |
|                           | 1,7–2,5        | 9                | Высокий       | Неудовлетворительно        |
|                           | 2,6–3,0        | 8                | Очень высокий | Плохо                      |
| II группа, %<br>2–5 лет   | 0–0,6          | 8                | Низкий        | Хорошо                     |
|                           | 0,7–1,6        | 10               | Средний       | Удовлетворительно          |
|                           | 1,7–2,5        | –                | Высокий       | Неудовлетворительно        |
|                           | 2,6–3,0        | –                | Очень высокий | Плохо                      |
| I группа, %<br>6–10 лет   | 0–0,6          | –                | Низкий        | Хорошо                     |
|                           | 0,7–1,6        | –                | Средний       | Удовлетворительно          |
|                           | 1,7–2,5        | 6                | Высокий       | Неудовлетворительно        |
|                           | 2,6–3,0        | 12               | Очень высокий | Плохо                      |
| II группа, %<br>6–10 лет  | 0–0,6          | 12               | Низкий        | Хорошо                     |
|                           | 0,7–1,6        | 6                | Средний       | Удовлетворительно          |
|                           | 1,7–2,5        | –                | Высокий       | Неудовлетворительно        |
|                           | 2,6–3,0        | –                | Очень высокий | Плохо                      |
| I группа, %<br>11–18 лет  | 0–0,6          | –                | Низкий        | Хорошо                     |
|                           | 0,7–1,6        | 3                | Средний       | Удовлетворительно          |
|                           | 1,7–2,5        | 8                | Высокий       | Неудовлетворительно        |
|                           | 2,6–3,0        | 7                | Очень высокий | Плохо                      |
| II группа, %<br>11–18 лет | 0–0,6          | 8                | Низкий        | Хорошо                     |
|                           | 0,7–1,6        | 10               | Средний       | Удовлетворительно          |
|                           | 1,7–2,5        | –                | Высокий       | Неудовлетворительно        |
|                           | 2,6–3,0        | –                | Очень высокий | Плохо                      |



Таблица 4

## Распространенность и интенсивность кариеса у детей первой и второй групп

|                    | 2–5 лет     |              | 6–7 лет     |              | 7–10 лет    |              | 11–18 лет   |              |
|--------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
|                    | I группа, % | II группа, % | I группа, % | II группа, % | I группа, % | II группа, % | I группа, % | II группа, % |
| Распространенность | 78,57       | 10,4         | 91,1        | 23           | 50,42       | 29           | 64          | 16           |
| Интенсивность      | 4,0         | 0,2          | 4,0         | 1,1          | 1,9         | 0,9          | 3,0         | 1,1          |

При обследовании детей 6–7 лет обнаружили высокую распространенность кариеса – 91,1±1,0%, в основном за счет пораженных временных зубов.

По степени активности кариеса (в соответствии с классификацией Т.Ф. Виноградовой) у обследованных детей I группы компенсированную форму отметили в 40,5±1,7% случаев, субкомпенсированную – в 30,7±1,6%, декомпенсированную – в 28,8±1,6%.

Дети, принадлежащие к разным группам по степени активности кариеса, различаются и по уровню распространенности кариеса среди постоянных зубов, в данной возрастной группе – среди первых постоянных моляров.

У детей с декомпенсированной формой течения кариозного процесса частота поражения кариесом первых постоянных моляров почти в 4 раза выше, чем у детей с компенсированной формой.

На период обследования у детей прорезались 92,9±0,2% первых постоянных моляров. Проведенные исследования не обнаружили статистически значимых различий в темпах прорезывания первых постоянных моляров у детей данной возрастной группы с различной активностью течения кариеса.

Интенсивность кариеса по индексу кп+КПУ у обследованных детей составила 6,3±0,1, с учетом активности течения кариеса в группе с компенсированным течением – 2,5±0,05, в группе с субкомпенсированным течением – 7,0±0,03, в группе с декомпенсированным течением кариозного процесса – 0,9±0,1 соответственно.

Обследование показало, что в структуре индекса кп компонент «к» составил 3,5, компонент «п» – 2,2, т.е. у каждого ребенка лечебным манипуляциям подлежали 3,5 зуба.

Наибольшее количество осложненных кариесов отметили у детей в возрасте 7 (87,6%) и 8 лет (78,8%), что характеризуется как высокий уровень распространенности.

Анализируя структуру индекса КПУ у детей в возрасте от 6 до 10 лет можно отметить ранние удаления первых постоянных моляров по причине осложненного кариеса (I группа: 16 з – у 15% детей, 26 з – у 13%, 36 з – у 16%, 46 з – у 15%, 11 з – у 3%, 22 з – у 2% детей; в группе сравнения ранних удалений постоянных зубов нет).

У детей в возрасте 11–18 лет также отметили поражение постоянных зубов кариесом (I группа: 16 з – 2%, 12 з – 1%, 11 з – 2%, 22 з – 1%, 26 з – 2%); количество удаленных постоянных зубов по причине осложненного кариеса имеет высокий процент (I группа: 16 з – 11%, 26 з – 9%, 36 з – 10%, 46 з – 13%). В отличие от компонентов «К», «У», число пломбированных зубов (компонент «П») имеет низкие показатели.

Оценивая значения индекса РМА в различных возрастных группах, следует отметить, что в целом у всех групп диагностируют гингивит легкой степени тяжести (5%); наиболее многочисленная группа – с гингивитами средней (71%) и тяжелой степени течения (24%).

## ВЫВОДЫ

1. Состояние гигиены полости рта у обследованных детей с патологией свертываемости крови неудовлетворительное.

2. Распространенность кариеса во всех возрастных группах высокая. Наиболее высокий этот показатель у детей в возрасте 2–4 лет.

3. Отмечен высокий показатель зубочелюстных аномалий в связи с ранним удалением временных и постоянных зубов у детей I группы, а также наличие у этих детей хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта.

В связи с этим отмечаем необходимость в организации специальной стоматологической программы профилактики и лечения заболеваний твердых тканей зубов и тканей пародонта в условиях гематологического отделения у детей с патологией свертываемости крови.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хоменко Л.О. Стоматологічне здоров'я дітей України, реальність, перспективи / Л.О. Хоменко // Науковий вісник НМУ. – 2007. – № 4. – С. 47–51.
2. Сунцов В.Г. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В.А. Дистель, В.Д. Вагнер. – М.: Медицинская книга; Н. Новгород: издательство НГМА, 2001. – С. 37–38.
3. Терапевтична стоматологія дитячого віку / під ред. Л.О. Хоменко. – К., 2008. – 675 с.
4. Вахненко О.М. Аналіз стану нормативної бази, що регулює надання стоматологічної допомоги населенню України / О.М. Вахненко // Современная стоматология. – 2009. – № 4. – С. 145–147.
5. Залежність якості життя від стоматологічного статусу серед осіб з інтактними зубними рядами: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції («Медична наука-2010»), (Полтава, 16–17 грудня 2010 р.) / МОЗ України, Укр. нац. стом. акад. – Полтава, 2010. – 189 с.
6. Стоматология детей и подростков / [пер. с англ. под ред. Ральфа Е. Мак-Дональда, Дейвида Р. Эйвери]. – М.: Медицинское информационное агенство, 2003. – 766 с.
7. Пародонтология / [пер. с нем. Ханс-Петер Мюллер]. – Львов: ГалДент, 2004. – 256 с. / Л.Ф. Каськова, Л.І. Амосова, О.О. Карпенко. – Х.: Факт, 2011. – 392 с.
8. Наказ МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонція», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія» від 23.11.2004 р. № 566.
9. Grossman E. Six-month study of the effects of a chlorhexidine mouth rinse on gingivitis in adults / Grossman E. et al. // J Periodontol Res. – 1986. – Vol. 16 (21) (suppl). – P. 33–43.

## Сведения об авторах:

Гавриленко М.А., к. мед. н., доцент каф. общей и специальной стоматологии ЗГМУ.

Поступила в редакцию 23.09.2013 г.