

# ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА И СОСТОЯНИЕ ПЕРИОДОНТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МУКОЗИТА

Попруженко Т. В., Борис С. П.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*

*кафедра стоматологии детского возраста;*

*ГУ «Республиканский научно-практический центр детской  
онкологии, гематологии и иммунологии», г. Минск, Беларусь*

**Введение.** В ряду нерешенных проблем сопроводительной терапии лиц с онкогематологическими заболеваниями значительное место занимает химиотерапевтический оральный мукозит (ОМ) [1]. К вероятным этиопатогенетическим факторам ОМ традиционно относят инфекционные [1], однако противоречивость результатов немногочисленных исследований этого вопроса [2, 4, 5] оставляют его открытым.

**Цель работы** – оценка влияния микрофлоры полости рта на частоту возникновения и тяжесть течения ОМ.

**Объекты и методы.** В исследовании приняли участие 66 детей и подростков, находившихся в ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии» для лечения зло-

качественных онкогематологических опухолей. До начала агрессивной химиотерапии (ХТ) у каждого пациента регистрировали уровень гигиены полости рта при помощи индекса PLI и состояние тканей периодонта при помощи индекса РМА, затем в течение 193 эпизодов ХТ (от 1 до 4 для каждого пациента) регистрировали признаки орального мукозита в соответствии с критериями индекса iWHO (всего исследовано 103 наблюдения ОМ), рассчитывали усредненную частоту ОМ (как долю осложненных ОМ эпизодов ХТ от всего количества эпизодов, пройденных пациентом) и учитывали усредненные показатели тяжести ОМ. Статистическую обработку проводили с применением методов Манна-Уитни и Спирмена, за критический уровень значимости при проверке различий принят  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У пациентов, впоследствии не пострадавших от ОМ ни в одном из эпизодов ХТ, ряд значений PLI описывается как 0,73 [0; 2,38], у пациентов, пострадавших от ОМ – как 1,17 [0,14; 3] ( $p=0,212$ ). Как видно из таблицы, частота ОМ имеет некоторую тенденцию к росту по мере увеличения значений PLI; коэффициент ранговой корреляции между значениями PLI и частотой ОМ составил  $p=0,23$  ( $p=0,027$ ). Показатели степени тяжести ОМ в группах с различными уровнями гигиены практически совпадали (таблица 1), значимая корреляционная связь между этими параметрами не выявлена ( $p=0,03$ ;  $p=0,854$ ).

Таблица 1

Частота и тяжесть химиотерапевтического мукозита у детей и подростков при различных исходных уровнях гигиены полости рта и воспаления в периодонте

Параметры орального мукозита	При значениях индекса гигиены PLI (Me[ min; max])			При значениях десневого индекса РМА (Me[ min; max])	
	0 -0,9	1,0 - 1,9	>2	<0,25	>0,25
Частота	0,33 [0; 1]	0,71 [0; 1]	0,83 [0; 1]	0,33 [0; 1]	1 [0; 1]
	$p=0,253$			$p=0,016$	
Тяжесть	2 [1; 4]	2 [1; 4]	2 [1,5; 3,5]	2 [1; 4]	2 [1; 4]
	$p=0,976$			$p=0,377$	

Ряды показателей РМА пациентов без ОМ и у пациентов с последующим опытом ОМ описываются как 0,15 [0; 0,76] и 0,29 [0; 0,75], соответственно ( $p=0,069$ ). В таблице приведены данные, подтверждающие различия в частоте ОМ при относительно низких и высоких значениях РМА; между частотой ОМ и значением РМА выявлена положительная связь умеренной тесноты ( $p=0,27$  ( $p=0,027$ )). Согласно данным, представленным в таблице, степени тяжести ОМ в группах с различным состоянием периодонта статистически не различимы, что подтверждается и корреляционным анализом ( $p=0,07$ ;  $p=0,623$ ).

**Заключение.** Полученные данные позволяют подтвердить наличие ассоциации между уровнем гигиены полости рта, степенью воспалительных изменений в периодонте – и частотой химиотерапевтического ОМ. Как известно, по мере накопления объема зубных отложений (что, как и в нашем наблюдении, регистрируется гигиеническим индексом и сопровождается нарастающим воспалением периодонта) в полости рта увеличивается относительное и абсолютное количество анаэробных бактерий, способных активировать апоптоз и подавлять пролиферацию эпителиоцитов [3]. Изложенное выше дает основание предполагать, что участие оральной условно-патогенной микрофлоры в патогенезе ОМ состоит в дополнительном угнетении ею процесса нормального обновления эпителия в период химиотерапии, когда митотическое деление клеток намеренно сдерживают противоопухолевыми лекарственными средствами, что приводит к более или менее выраженным воспалительным изменениям слизистой оболочки полости рта.

#### **Литература.**

1. Cancer related mucositis management // Gippsland Oncology Nurses Group, 2007. – 40 p.
2. Coracin, F. L. Oral health as a predictive factor for oral mucositis / F. L. Coracin [et al.] // Clinics – 2013. – Vol. 68, № 6. – P. 792–796.
3. Effect of Bacteria on the Wound Healing Behavior of Oral Epithelial Cells / R. Bhattacharya [et al.] // PLoS ONE. – 2014. – Vol. 9, № 2.–P.89475–89485.
4. Influence of oral health on mucositis in patients undergoing hematopoietic progenitor cell transplantation (HPCT) / A. Hernández-Fernández [et al.] // Med.Oral Patol.OralCir. Bucal.–2012. – Vol. 17, № 1. – P. 94–101.
5. Sabater-Recolons, M. M. Buccodental health and oral mucositis. Clinical study in patients with hematological diseases / M. M. Sabater-Recolons [et al.] // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2006. – № 11. – P. 497–502.