

На правах рукописи

ИБРАГИМОВА АЗИЗА АЗАМОВНА

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС
У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ
И НАСЛЕДСТВЕННОЙ
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ**

3.1.7 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

ДУШАНБЕ-2022

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Субханов Саттор Сахибович** - кандидат медицинских наук, доцент

Научный консультант: **Исмаилов Комилджон Исраилович** - доктор медицинских наук, профессор,

Официальные оппоненты: **Амхадова Малкан Абдрашидовна** – доктор медицинских наук, ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского», заведующая кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии

Аминджанова Замира Рустамовна – кандидат медицинских наук, Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МЗ и СЗН РТ, научный сотрудник

Ведущая организация: Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 года в «___» часов на заседании диссертационного совета 73.3.005.01 Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. И. Сомони, 59

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ИПОвСЗ РТ и авторефератом на сайтах: www.ipovszrt.tj и www.vak.ed.gov.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2022 года

**Ученый секретарь
диссертационного совета**
к.м.н., доцент

Хамидов Джура Бутаевич

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Одним из важнейших индикаторов благополучия государства является социальное и правовое положение детей. При всех изменениях социально-экономического характера первоочередной задачей специалистов-стоматологов является создание благоприятной среды для сохранения стоматологического аспекта здоровья детей с общесоматическими патологиями [Русакова Е.Ю., 2011; Адамкин О.И. и соавт., 2011; Гилева М.А., 2012; Аврамова О.Г. и соавт., 2016].

По данным многочисленных авторов [Романенко Е.Г., 2014; Галкина О.П., 2015], у детей с сопутствующей соматической патологией отмечается высокий уровень стоматологической заболеваемости. Дети с неблагоприятным соматическим фоном нуждаются в своевременном выявлении, лечении и профилактике стоматологических заболеваний [Федоров К.П. и соавт., 2011; Хоменко А.А. и соавт., 2011; Casamassimo P., 2013].

К одной из разновидностей общесоматической патологии у детского контингента населения относятся железodefицитная и наследственная гемолитическая анемия. По сведениям авторов [Harris R. et al., 2014; Costa C.P. et al., 2016], кроме гемоглобина, железо находится в составе некоторых ферментных систем организма, принимающих участие в тканевом дыхании и реакции местного иммунитета полости рта. У больных с анемией снижается резистентность органов и тканей полости рта к инфекционно-воспалительным заболеваниям.

Возможное наличие зависимости общего числа железа в организме от состояния тканей ротовой полости обусловлено тем, что у детей с железodefицитной анемией часто наблюдается кариозное поражение зубов, определяется сухость во рту, появление трещин в углах рта и развитие глоссита [Fowler F.B. et al., 2011; Ru-Shing T. et al., 2013]. Установлено, что железodefицитная анемия у детей приводит к воспалительному поражению пародонтальных тканей, усугубляя течение патологии и её исход [Tang R.S. et al., 2013].

Немалое влияние на уровень качества жизни ребёнка оказывает состояние его ротовой полости [Gauron W.N. et al., 2012; Da Silva P.L., et al., 2015; Silva R.A. et al., 2016]. Несмотря на это, в отечественной литературе мы не смогли найти сведений о проведении исследований по оценке зависимости уровня качества жизни у детей с анемией и их стоматологическим статусом.

Учитывая, что на сегодня в Республике Таджикистан вопросы стоматологической заболеваемости детей с дефицитом железа и наследственной гемолитической анемией, а также разработка мер, направленных на улучшение состояния органов полости рта, являются практически неизученными, проведение настоящего диссертационного исследования является актуальным и своевременным.

Степень разработанности темы исследования. Основанием для выполнения диссертации служат научные исследования отечественных и

зарубежных ученых, работы которых посвящены проблеме совершенствования стоматологической помощи у детей с соматической патологией. К этому следует добавить, что по состоянию стоматологического аспекта здоровья их относят к группе высокого риска, что определяет необходимость совершенствование организации, улучшение доступности и качества соответствующей помощи для таких детей [Ерзина С.В. и соавт., 2010; Давыдов Б.Н. и соавт., 2015; Атежанов Д.О. и соавт., 2016; Скакодуб А.А., 2016].

В то же время до сегодняшнего дня в научных исследованиях не проводилось комплексное обследование стоматологического статуса у детей с железодефицитной и гемолитической анемией. Исследователями не в полной мере раскрыты вопросы качества и эффективности стоматологического лечения в зависимости от эмоционально-поведенческого состояния детей с анемией в процессе стоматологического вмешательства.

Анализ и систематизация собственных данных о состоянии органов полости рта детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией в организме послужит основанием для разработки и внедрения комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний для указанных контингентов детей. Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности планируемой диссертации.

Цель исследования. Совершенствование стоматологической помощи у детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией.

Задачи исследования:

1. Изучить показатели распространенности и интенсивности стоматологической заболеваемости у детей, страдающих железодефицитной и наследственной гемолитической анемией.
2. Определить уровень стоматологической помощи детям с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией до и после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий.
3. Изучить активность кариеса и эмоционально-поведенческого состояния детей с анемией в процессе стоматологического вмешательства.
4. Оценить качество жизни детей, страдающих анемией со стоматологической патологией.
5. Оценить эффективность комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологической заболеваемости у детей с анемией.

Научная новизна исследования. Впервые в отечественной стоматологии проведена структурная оценка частоты стоматологической заболеваемости у детей с анемией. Наряду с этим, впервые представлена характеристика взаимоотношений между клиническими и эмоционально-поведенческими параметрами стоматологической патологии у детей с дефицитом железа и наследственной гемолитической анемией.

Впервые изучена эффективность организации стоматологической помощи на основе семейного принципа диспансеризации на этапах многоуровневого

комплексного обследования и прогнозирования результатов лечебно-профилактического лечения детей с патологией зубов и пародонта, ассоциированных гематологическими нарушениями. Подробно изучены особенности клинических, социально-гигиенических и эмоционально-поведенческих параметров стоматологических проявлений у детей с гематологическими нарушениями.

На основании данных комплексного клинического исследования кариесологического и пародонтологического статуса у детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией впервые в отечественной стоматологии проведена оценка эффективности комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Теоретическая и практическая значимость работы. Теоретическая значимость представленного исследования заключается в том, что установленные изменения клинического и гигиенического характера у детей со стоматологической патологией в сочетании с анемией ориентируют на необходимость коррекции выявленных нарушений в зависимости от вариантов клинического течения кариеса зубов. Результаты проведенного исследования подтвердили сильную взаимосвязь между патологией органов полости рта и наличием анемии, что имеют важное практическое значение в комплексе скрининговых исследований при проведении медицинских осмотров детей с ассоциированной стоматологической и соматической патологией.

Соблюдение алгоритма по оказанию стоматологической помощи и эффективностью лечебно-профилактического воздействия у детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией позволило своевременно устранить патологии зубов и околозубных тканей, а также наметить пути совершенствования управления качеством стоматологической помощи в соответствующих учреждениях многопрофильной больницы.

Методология и методы исследования. Диссертация выполнена в соответствии принципами и правилами доказательной медицины. При выполнении данного исследования использовали комплексные методы, включающие: методику определения уровня стоматологической помощи больным детям с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией; методику изучения эмоционально-поведенческого состояния детей раннего возраста с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией на стоматологическом приеме; методику оценки качества жизни детей, страдающих анемией, со стоматологической патологией.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. У детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией в большинстве случаев стоматологические заболевания протекают в осложненных формах.

2. У детей с анемией заболевания твердых тканей зубов являются основной причиной обращаемости по неотложным показаниям к врачу-стоматологу.

3. Разработанные и обоснованные лечебно-профилактические мероприятия стоматологического характера в алгоритме реабилитации детей в условиях многопрофильной больницы с учётом влияния тяжести анемии позволят повысить эффективность лечения стоматологических и сопутствующих заболеваний, обеспечивая успех реабилитационных мероприятий.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечена представительностью выборки, обширностью первичного материала, тщательностью его качественного и количественного анализа, системностью исследовательских процедур, применением современных методов статистической обработки информации.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в практику работы Городских детских стоматологических поликлиниках № 1 и № 2, УКЦ «Стоматология» ТГМУ имени Абуали ибни Сино, НМЦ РТ отделения гематологии и челюстно-лицевой хирургии детей и подростков. Материалы диссертации используются в преподавании на кафедрах челюстно-лицевой хирургии, детской стоматологии и ортодонтии, детских болезней №1 и №2 Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) им. Абуали ибни Сино и кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией Государственного образовательного учреждения «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (ГОУ ИПОвСЗ РТ).

Апробации работы. Основные результаты диссертационного исследования обсуждены и доложены на: III съезде стоматологов Таджикистана (Душанбе, 2013); годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2013); 62-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2014); международном научно-практическом форуме (Оренбург, 2017); научно-практической конференции сотрудников ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2018) научно-практической конференции сотрудников ГОУ ИПОвСЗ РТ (Душанбе, 2018). Диссертационная работа апробирована на межкафедральной проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» по специальностям 3.1.7 - «Стоматология», 3.1.3- оториноларингология и 3.1.5- офтальмология (2021).

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно на всех этапах исследования производился сбор и анализ данных и их результатов. Поставленные автором, а также научным руководителем и консультантом задачи проводимого исследования сопоставлены соответственно цели работы. Автором была составлена индивидуальная карта пациента, с помощью которой производилась оценка стоматологического статуса детей с железодефицитной и наследственно-гемолитической анемией в условиях многопрофильной больницы. Также были изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения. Обработка полученного материала и результатов выполнялась автором лично.

Публикации. По результатам диссертационного исследования опубликовано 16 научных работ, из них 3 – в научных журналах, которые включены в перечень ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации для опубликования материалов диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертационная работа описана на 173 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 14 таблицами и 20 рисунками. Перечень литературных указателей состоит из 228 источников, среди которых 114 работ на русском и 114 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Для оценки распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний было проведено клинико-эпидемиологическое обследование 486 детей ключевых возрастных группах (3, 6, 12, 15 лет) с анемией. Общее количество детей с железодефицитной и наследственно-гемолитической анемией составило соответственно 428 и 58. Обследование стоматологического статуса организованного контингента детей проводилось в многопрофильных больницах г. Душанбе, где они находились на стационарном лечении с 2016 года по 2020 году. Обследованные больные составили более 115 человек каждого возраста.

Клинические методы исследования включали выявление жалоб, анамнеза, внешний осмотр лица. При осмотре полости рта определяли уровень гигиены полости рта. Состояние твердых тканей зуба оценивали по индексам кпз, кпп, КПУз, КПУп. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс Ю.А. Федорова, В.В. Володкиной у детей 3 лет, упрощенный индекс гигиены полости рта – ИГР-У (ОНИ-S, Green J.C., Vermillion J.K.) у детей 6, 12 лет и 15-летних подростков, а также индекс РМА.

Была изучена осведомленность детей, подростков, родителей, педиатров по вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний. С этой целью были исследованы 63 ребенка с анемией в возрастных категориях 6, 12 и 15 лет. По результатам полученных данных исследования была предложена комплексная программа по мерам предупреждения развития кариозного поражения зубов и пародонтитов. В основе данной программы лежит: специальное обучение детей и их родителей мерам по уходу за состоянием полости рта при их визите к стоматологу; ежедневно после обеда под контролем выполнялась чистка зубов с использованием фторсодержащих зубных паст (Aquafresh «Мои молочные зубки» и Aquafresh «Мои большие зубки» с содержанием фтора 500 ppm и 1450 ppm, соответственно); рекомендации относительно особенностей питания.

С использованием индекса международной системы выявления и оценки

активности кариеса нами проведено стоматологическое обследование 61 ребенка (12 человек – 3-летнего, 15, 17 и 17 человек – соответственно 4-, 5- и 6-летнего возраста) с наследственной гемолитической анемией. Общее количество обследованных зубов составило 244 (в соответствующих возрастных группах 48, 60, 68 и 68).

В ходе выполнения работы также изучено эмоционально-поведенческое состояние детей раннего возраста с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией. Под наблюдением находились 85 детей 3-6 летнего возраста, которых обследовали до и после применения мер профилактики и терапии патологий ротовой полости.

С целью изучения качества жизни исследуемых детей со слов их родителей, а также оценки состояния полости рта их детей нами была использована переведенная и валидированная версия опросника OHRQoL-индекс. В исследовании методом анкетирования участвовали 56 родителей детей возраста 3-6 лет, страдающих анемией.

Статистическую значимость различий определяли с помощью функций параметрической статистики. Различия считали значимым при вероятности безошибочного прогноза 95% и более. Оценку статистической значимости оценивали с помощью критерия достоверности Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результаты клинико-эпидемиологического обследования стоматологического статуса детей 3-, 6-, 12- и 15-летнего возраста с дефицитом железа позволили выявить достаточно высокую поражаемость кариесом как временных, так и постоянных зубов. Так, распространенность кариеса, в 3-летнем возрасте колеблется от 36,1% до 65,7% при интенсивности от $1,20 \pm 0,04$ до $3,30 \pm 0,16$ при соответствующей усредненном значении 50,9% и $2,25 \pm 0,10$, а в 6 лет возрастает до 77,6-86,1% при индекса интенсивности кп от $2,54 \pm 0,12$ до $4,37 \pm 0,21$ единиц (соответственно 81,9% и $3,46 \pm 0,17$) пораженных зубов на одного обследованного (табл. 1).

Таблица 1. - Распространенность кариеса зубов в различных возрастных группах детей с дефицитом железа в г. Душанбе

Группа исследования, годы	Количество осмотренных детей	Распространенность кариеса зубов, %	
		временных	постоянных
3	113	50,9	-
6	127	81,9	38,9
12	124	-	56,4
15	122	-	82,8
Всего/в среднем	486	66,4	59,7

Как свидетельствуют данные таблицы 1, распространенность кариеса постоянных зубов у детей с железодефицитной анемией увеличивалась с

возрастом: от 33,2% до 44,5% в 6 лет (в среднем 38,9%); от 38,5% до 74,3% в 12 лет и достигая вариацией 70,2-95,3% в 15 лет (соответственно 56,4% и 82,8%). Цифровые материалы по изучению распространенности кариеса зубов показали, что по мере взросления количество детей, не имеющих кариес в постоянных зубах, уменьшается. Полученные результаты в указанном аспекте позволяют отметить, что в 6 лет у 61,1% детей с железодефицитной анемией постоянные зубы не поражены кариесом, к 12 годам у 43,6%, а к 15 годам только у 17,2%.

Интенсивность кариеса по индексу КПУз колебалась у 6-летних детей с дефицитом железа от $0,86 \pm 0,04$ до $1,5 \pm 0,05$, у 12-летних от $1,1 \pm 0,03$ до $2,3 \pm 0,13$, у 15-летних подростков от $2,91 \pm 0,12$ до $4,85 \pm 0,24$ при соответствующем усредненном значении $1,18 \pm 0,09$, $1,70 \pm 0,16$ и $3,88 \pm 0,28$ единиц на одного ребенка (табл. 2).

Таблица 2. - Интенсивность и структура интенсивности кариеса временных и постоянных зубов у детей с железодефицитной анемией

Возраст, в годах	КПУз+кпз	Структурные элементы КПУз+кпз				
		К/к	Р/р	Х/х	П/п	У
3	$2,25 \pm 0,10$	$1,64 \pm 0,08$	$0,61 \pm 0,02$	-	-	-
6	(кпз)					
	$3,46 \pm 0,17$ (КПУз)	$1,71 \pm 0,09$	$0,74 \pm 0,03$	$0,74 \pm 0,02$	$0,06 \pm 0,01$	$0,21 \pm 0,02$
	$1,18 \pm 0,09$	$0,76 \pm 0,03$	$0,17 \pm 0,02$	$0,14 \pm 0,02$	$0,04 \pm 0,01$	$0,07 \pm 0,01$
12	$1,70 \pm 0,16$	$0,92 \pm 0,07$	$0,24 \pm 0,02$	$0,39 \pm 0,04$	$0,11 \pm 0,02$	$0,04 \pm 0,01$
15	$3,88 \pm 0,28$	$1,55 \pm 0,12$	$0,79 \pm 0,05$	$0,66 \pm 0,04$	$0,36 \pm 0,03$	$0,52 \pm 0,04$
В среднем	$3,12 \pm 0,20$	$1,65 \pm 0,10$	$0,64 \pm 0,04$	$0,48 \pm 0,03$	$0,14 \pm 0,02$	$0,21 \pm 0,02$
р	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Группа сравнения	$2,20 \pm 0,16$	$0,97 \pm 0,02$	$0,33 \pm 0,02$	$0,33 \pm 0,02$	$0,46 \pm 0,03$	$0,11 \pm 0,02$

Из таблицы видно, что у 3-летних детей с анемией средний показатель кпз равен 2,25, в 6 лет - 3,46 и 1,18 соответственно для индексов кпз и КПУз, а к 12 годам он достигает 1,70. Минимальный интенсивный темп прироста кариеса постоянных зубов отмечается в возрастах 6-12 лет (увеличивается в 1,4 раза), максимальное значение прироста интенсивности в 12-15 лет (в 2,3 раза).

Структурное распределение интенсивности кариеса временных и постоянных зубов у детей с железодефицитной анемией составило 52,9%, 20,5%, 15,4%, 4,5% и 6,7% соответственно для компонентов «К/к», «Р/р», «Х/х», «П/п» и «У» при их соответствующем распределении 44,1%, 15,0%, 15,0%, 20,9% и 5,0% у детей контрольной группы

У 6-летних детей с железодефицитной анемией интенсивность кариеса постоянных зубов составила $1,18 \pm 0,09$. При структурной оценке данного показателя было выявлено $0,76 \pm 0,03$ зубов с неосложненной формой кариеса (элемент К), $0,17 \pm 0,02$ и $0,14 \pm 0,02$ зубов с осложненными формами кариеса,

соответственно подлежащие лечению (элемент Р) и удалению (элемент Х), $0,04 \pm 0,01$ пломбированных кариозных полостей постоянных зубов (элемент П) и $0,07 \pm 0,01$ постоянных удаленных зубов (элемент У).

У детей с дефицитом железа в возрастных группах 12 и 15 лет нами зарегистрированы неосложненные формы кариозного процесса соответственно на уровне $0,92 \pm 0,07$ и $1,55 \pm 0,12$. Для этих возрастных группах были выявлены соответственно $0,24 \pm 0,02$ и $0,79 \pm 0,05$ единиц осложненных форм кариеса, подлежащих лечению. Осложненные формы кариеса, подлежащие удалению, соответствовали $0,39 \pm 0,04$ и $0,66 \pm 0,04$ зубов. Зубов запломбированных по поводу кариеса соответствовали $0,11 \pm 0,02$ и $0,36 \pm 0,03$ единиц на одного обследованного, количество удаленных зубов в данных возрастных группах составило $0,04 \pm 0,01$ и $0,52 \pm 0,04$ единиц соответственно.

Для более детального уточнения структуры интенсивности кариеса постоянных зубов мы использовали унифицированный индекс оценки кариеса с применением «Карта осмотра полости рта ВОЗ, 2013», в результате чего получили абсолютно иные цифровые значения в отношении такого показателя, как кариес. Так, произведенные расчеты показали, что у 6-летних детей по индексу ВОЗ процент вновь появившиеся кариозные очаги в зубах составляет 6,5%, у 36% обследованных выявлены пломбированных зубов, не требующих замены, 16,9% пломб, требующих замены из-за «рецидивирующего» кариеса, загерметизированных фиссур, не требующих замены, зарегистрировано в 40,6% (рис. 1).



Рисунок 1. – Объективная оценка состояние зубов у 6-летних детей с железодефицитной анемией по индексу ВОЗ

В возрастной группе 12-летних детей с дефицитом железа нами зафиксированы в 11,3% случаев вновь появившиеся кариозные очаги, в 27,1% и 11,8% случаев – соответственно пломб, не требующих и требующих

замены. У этой группы детей также были зарегистрированы герметизированных зубов, не требующих замены (11,8%). В большинство случаев (38,0%) был зафиксирован герметик, требующей замены.

При проведении аналогичного анализа у 15-летних детей с железодефицитной анемией унифицированная индексная оценка кариозного процесса составила соответственно 10,2%, 38,3%, 9,4%, 13,8% и 28,3%.

Среди патологий зубочелюстной системы у пациентов с железодефицитной анемией в возрастной категории 6 и 9 лет наблюдалось преобладание нарушений положения зубов (19,54% и 26,73% случаев, соответственно), дистальной окклюзии (соответственно 14,32% и 22,33%). Среди детей 6 лет глубокая резцовая окклюзия и дизокклюзия наблюдались в 13,12% случаев, а у детей 9 лет этот показатель составил 16,92% случаев.

У 63,5% детей с железодефицитной анемией было выявлено наличие хронического генерализованного катарального гингивита, а у 22,3% детей наблюдалось наличие хронического генерализованного гипертрофического гингивита. Клинические проявления гингивита чаще наблюдались у детей с наличием скученности зубов - показатель РМА среди пациентов в возрасте 3-6 лет составил 26,9%, а среди детей в возрасте 12-15 лет индекс РМА в среднем составил 36,23%.

В таблице 3 приведены результаты исследования уровня интенсивности кариеса (УИК) у детей основной группы и детей без соматических заболеваний в возрастной группе 2-6 лет. Результаты исследования показатели, что у детей обеих групп в возрасте 2-х лет низкий УИК наблюдался в 7,2% и 7,0% случаев, соответственно. Очень высокий УИК среди детей данного возраста чаще наблюдался среди детей с наследственной гемолитической анемией – 34,8% случаев, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 7,0%.

Таблица 3. - Уровень интенсивности кариеса временных зубов у детей с наследственно-гемолитической анемией

Возраст, лет	Уровень интенсивности кариеса, %							
	низкий (< 0,4)		средний (0,5 – 0,8)		высокий (0,8 – 1,2)		очень высокий (> 1,3)	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
2	7,2	7,0	8,1	11,0	7,2	15,0	34,8	7,0
3	8,7	12,8	16,8	19,0	19,8	16,0	45,2	39,2
4	25,5	28,0	18,4	17,0	20,4	20,0	25,5	20,0
5	7,2	15,0	26,9	20,0	20,4	19,0	38,7	27,0
6	11,2	12,0	18,9	44,0	23,3	28,0	46,6	12,0

Среди детей основной группы в возрасте 3-х лет низкий УИК наблюдался в 8,7% случаев, а у детей данного возраста в группе сравнения это показатель составил 12,8% ($p < 0,05$). Очень высокий УИК среди детей данного возраста

чаще наблюдался среди детей основной группы – 45,2% случаев, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 39,2%. Высокий УИК в данной возрастной категории детей был выше среди детей основной группы - 19,8%, у детей контрольной группы данный показатель составил 16,0%.

Среди детей обеих групп в возрасте 4 и 5 лет статистически значимые различия по среднему и высокому уровню интенсивности кариеса не наблюдались, но при этом в основной группе среди детей 4 и 5 лет отмечалось превалирование очень высокого (25,5% и 38,7%, соответственно) и высокого (по 20,4%) УИК по сравнению с таковыми в контрольной группе. Среди детей основной группы в возрасте 6 лет показатель очень высокого УИК наблюдался в 46,6% случаев, тогда как среди детей контрольной группы наблюдалось превалирование случаев среднего УИК, который отмечался у 44,0% детей данной группы.

Кроме кариозного поражения зубов в 36,8% случаев у детей основной группы наблюдался гингивит, который в основном был обусловлен плохой гигиеной ротовой полости. Признаки воспалительных заболеваний пародонта в возрасте 2 лет у детей с наследственной гемолитической и железодефицитной анемией примерно одинаково определяли в виде кровоточивости при зондировании соответственно в 0,14 и 0,16 секстантах. В последующие возрастные группы не были выявлены отличительные особенности кровоточивости в десневой бороздке. К 3 годам секстанты с кровоточивостью составили 0,37, к 4 годам - 1,67. В 5 лет клинические проявления воспалительных заболеваний десны усиливались, и кровоточивость при зондировании регистрировали в 2,26 секстантах. К 6 годам количество секстантов с кровоточивостью возросло до 3,20. Такое состояние пародонтальных структур среди обследованного контингента детей может быть обусловлено наихудшим гигиеническим состоянием полости рта.

Как свидетельствуют полученные материалы, исходный уровень стоматологической помощи у 3-летних детей с анемией составил нулевому значению. Удельный вес исходного уровня стоматологической помощи у 6-летних детей с анемией при наличии временного прикуса составил 1,73%, при наличии постоянного прикуса 3,39%. У 12- и 15-летних обследованных детей с дефицитом железа и наследственной гемолитической анемией значение исследуемого показателя составило соответственно 6,47% и 9,28%. В целом значение исходного уровня стоматологической помощи у детей с анемией соответствовало очень низким значениям градации оказанной помощи.

Работая в указанном аспекте, среди обследованного контингента детей реализовывались активные формы лечебно-профилактического воздействия стоматологического характера. При анализе уровня стоматологической помощи у детей с анемией после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий в группе обследованных лиц 3-летнего возраста нами выявлено оптимальное значение градации (97,33%). Далее с

увеличением возраста детей отмечается равномерный рост данного показателя. Так, в возрасте 6 лет у детей с анемией уровень стоматологической помощи для временного и постоянного прикуса соответствовал 68,50% и 82,20%, у 12-летних детей и 15-летних подростков удельный вес уровня оказанной стоматологической помощи соответствовал 68,23% и 69,59%.

Результаты проведенных исследований по клинической визуализации твердых тканей зубов у детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией с использования индекса международной системы выявления и оценка активности кариеса (индекс ICDAS) подтверждали высокую точность и воспроизводимость диагностики начальных форм кариеса. С использованием индекса ICDAS бесполостные кариозные поражения временных зубов были диагностированы у 45,83% детей 3-летнего возраста, у 51,67% - 4-летнего возраста, в 60,29% наблюдений – у детей 5-летнего возраста. В 6-летнем возрасте при обследовании временных и постоянных зубов значение исследуемого показателя составило 70,59%.

При изучении бесполостного кариозного процесса жевательных поверхностей временных зубов у детей 3-летнего возраста с анемией установлено, что в 35 (72,92%) зубах он поражал лишь фиссуры, а в 8 (16,66%) зубах распространялся на аппроксимальные поверхности. В этой же возрастной группе при поражении пришеечной области в 10,42% случаев от общего количества обследованных зубов (48) бесполостной кариозный процесс локализовался только лишь на аппроксимальной поверхности.

У детей 4-летнего возраста в 95,0% случаев бесполостное поражение локализовался на жевательной поверхности и только в трех зубах (5,0%) он распространялся на пришеечной поверхности. При исследовании состояния твердых тканей зубов у детей 5-летнего возраста с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией было установлено, что распространенность видимых изменений в эмали, которые не выходят за пределы ямки или фиссуры, составляла 60,29% при его локализации на жевательной (95,59%) и пришеечной (4,41%) поверхности.

Среди 68 обследованных зубов у 17 детей 6-летнего возраста, страдающих сопутствующей патологией, 48 (70,59%) зубов были поражены бесполостным кариозным процессом. У них в 66 зубах, что составляет 97,06% от общего количества обследованных зубов, кариес диагностирован на жевательной поверхности. При этом в 47 зубах (69,12%) бесполостные кариозные поражения локализовались в фиссурах, в 4 (5,88%) распространялся на иммунные зоны (бугры), в 15 (22,06%) – на аппроксимальные поверхности. При локализации бесполостного кариозного поражения в пришеечной области (2 зуба, или 2,94% от общего количества обследованных в этой же возрастной группе) в одного зуба (1,47%) оно диагностировался на вестибулярной поверхности, в 1,47% случаев – на аппроксимальной.

Анализ эмоционально-поведенческих карт детей раннего возраста с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией позволил определить основные составляющие их эмоционального состояния как до начала применения лечебно-профилактических мероприятий, так и после их использования. Проведенный анализ в указанном аспекте показывает, что применение лечебно-профилактических мероприятий у детей раннего возраста с железодефицитной и наследственной анемией не способствует положительному сдвигу со стороны эмоционально-поведенческих особенностей. При этом, наоборот, наблюдается негативная картина в виде появления у ребёнка недоверчивости, боязни, обиды, возникновение эмоциональной лабильности, появление у ребенка чувства нехватки любви, возникновение стрессового легкоранимого состояния.

При сравнении критериев эмоционально-поведенческого состояния среди группы детей, страдающих дефицитом железа, готовых к стоматологическому вмешательству, наблюдаются отличия в динамических показателях при применении профилактических мер и лечения. Так, после использования мер профилактики у детей отмечается рост эмоциональной устойчивости, страха, протеста и степени недоверия, соответственно на $50,0 \pm 9,1\%$, $12,5 \pm 2,1\%$, $50,0 \pm 9,1\%$ и $25,0 \pm 4,2\%$, против исходного значения исследуемых показателей эмоционально-поведенческого состояния соматических больных до начала стоматологической манипуляции (соответственно $37,5 \pm 6,6\%$, $6,25 \pm 1,4\%$, $25,0 \pm 4,3\%$ и $12,5 \pm 2,1\%$).

Полученные результаты показали, что среди детей первой группы после использования профилактических процедур по четырем из 13 критериев наблюдалось усугубление эмоционально-поведенческого состояния, что в среднем составило $14,1\%$. При этом наблюдалось улучшение по таким критериям, как обида, пассивность, демонстративность, потребность в любви, стресс, ранимость, неуверенность по сравнению. То есть по последним семи перечисленным критериям после применения профилактических мер отмечено улучшение эмоционального состояния детей в среднем на $13,4\%$. И только два критерия - общительность и дружелюбие, никак не изменились после использования профилактических процедур.

Результаты исследования показали, что стоматологические вмешательства по сравнению с профилактическими процедурами вызывают у ребёнка наиболее отрицательные впечатления. При изучении критериев эмоционально-поведенческого состояния среди детей, страдающих железодефицитной и наследственной анемией, в первой группе наблюдались наименее тяжелые показатели по числу (5 из 13) и интенсивности (наибольшая – 50%) эмоциональных реакций во время стоматологического осмотра, чем среди детей второй группы, где эти показатели были хуже (7 из 13 и $76,5\%$, соответственно).

При изучении показателей качества жизни у детей с железодефицитной и

наследственной гемолитической анемией был использован опросник OHRQoL-индекс. В анкетировании методом социологического интервьюирования участвовали 56 родителей детей возраста трех-шести лет, страдающих анемией.

Из общего числа вопросов, имеющих в опроснике, выделили три, которые могут указывать на наличие стоматологических проблем у детей. Наиболее выраженным проявлением наличия стоматологической патологии, значительно влияющим на общее состояние ребенка, безусловно, является болевой синдром. Именно боль оказывает наибольшее влияние на качество жизни ребёнка. Было установлено, что при наличии стоматологической патологии с высоким кп, на наличие боли жаловались только 42,7% детей, а в 57,3% случаев боли у детей были редкими, либо отмечалось их полное отсутствие.

Появление беспокойного сна, возникающего на фоне болевых ощущений в полости рта, чаще было обусловлено наличием острого пульпита. При этом ни в одном случае опрашиваемые не указывали на их наличие «очень часто». Однако «частое» их наличие наблюдалось у 32,3% детей. Большая часть анкетированных (52,9%) отметили «редкое» появление ночных болей, в 4,4% случаев отмечалось их полное отсутствие.

Родителями детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией чаще всего выявлялось наличие дискомфорта в ротовой полости у ребёнка во время принятия пищи. При этом родители отмечали, что у детей имелась повышенная чувствительность на холодное или горячее, а также при употреблении ягод или сырых фруктов. Данные особенности 41,2% опрашиваемых отмечали как «часто», в 53,1% случаев они расценивались как «редко» – у 5,7% опрашиваемых указанные проявления отсутствовали (рис. 2).

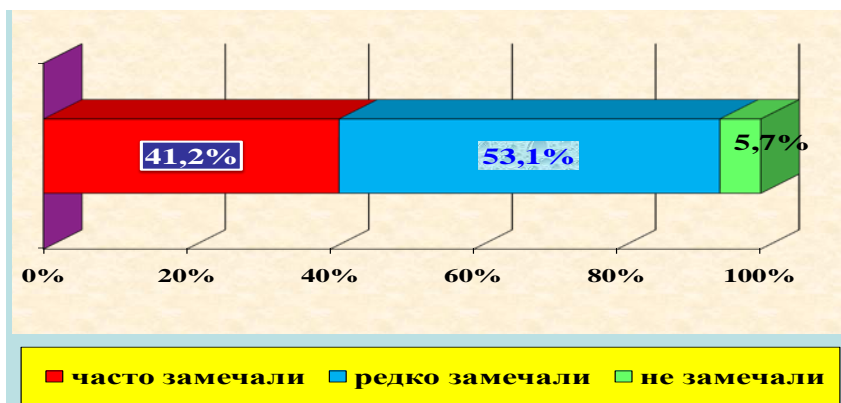


Рисунок 2. – Частота функциональных нарушений у детей с анемией, замеченных их родителями

Для выявления эмоционального состояния ребенка используя соответствующие вопросы, выяснилось, что, несмотря на маленький возраст, 20,7% детей с анемией расстроены из-за состояния зубов. В той или иной степени дети стесняются плохих зубов или отсутствие передних зубов из-за чего у них, по мнению родителей, формируется закрытая улыбка и привычка отворачиваться (13,1%). При чистке зубов 4,3% детей капризничают, 61,9% из них отмечали негативные реакции на стоматологическое вмешательство.

Проведение анкетирования родителей наблюдаемых детей выполнялось до и после проведения профилактических мероприятий. Результаты анкетирования позволили определить следующее. Перед использованием профилактической программы при ответе на вопрос «Есть ли у вашего ребенка проблемы с зубами?» средний балл составил 1,45, а после применения данных мероприятий этот показатель уменьшился до 1,02. Схожая картина наблюдалась при ответе на вопрос «Есть ли у вашего ребенка проблемы с деснами?», при этом средний балл до и после применения профилактических мероприятий составил 1,27 и 0,95, соответственно.

При изучении результатов анкетирования по параметру «социальная адаптация» наблюдались следующие данные. До начала применения профилактических мероприятий на вопрос «Избегает ли ваш ребенок общения с друзьями из-за стоматологических проблем?» средний балл ответов составил 0,42, после проведения профилактических мероприятий этот показатель снизился до 0,14. При ответе на вопрос «Были ли случаи, чтобы вашего ребенка дразнили из-за состояния его зубов?», задаваемый в группе обследованных детей с анемией до и после использования профилактических мероприятий средний балл ответов составил 0,69 и 0,27, соответственно.

Наибольшее воздействие на качество жизни ребенка оказывает болевой синдром и, как видно по результатам проведенного исследования, влияние патологий полости рта на самочувствие ребенка и его эмоциональное поведение. Вышеперечисленные факторы на фоне неудовлетворительного лечения у детей с анемией способствуют развитию стоматофобии, негативно влияя на качество жизни ребенка.

В процессе динамического наблюдения за детьми после активной реализации комплексной программы профилактики кариеса зубов отмечается стабилизация кариозного процесса. Прирост интенсивности кариеса временных зубов (индекс кпз) за год у 6-летних детей профилактической группы составил $0,40 \pm 0,03$ единиц, а поверхностей (индекс кпп) - $0,44 \pm 0,04$ единиц на одного обследованного ребенка с анемией. За аналогичный период наблюдения значение исследуемых показателей у 6-летних детей контрольной группы составило соответственно $1,08 \pm 0,11$ и $1,11 \pm 0,10$ единиц.

У 6-летних детей профилактической группы в течение года при заключительном осмотре интенсивность кариеса постоянных зубов (индекс КПУз) составила $3,59 \pm 0,19$ единиц против ее исходного значения,

составляющая $3,46 \pm 0,17$ единиц, на одного обследованного ребенка. Среди обследованного контингента детей этой же возрастной группы прирост интенсивности кариеса постоянных зубов составил $0,13 \pm 0,02$ единиц.

Анализ динамики интенсивности кариеса поверхностей постоянных зубов (индекс КПУп) у детей профилактической группы 6-летнего возраста в течение года показало увеличение индекса с $4,19 \pm 0,25$ при первом осмотре до $4,38 \pm 0,28$ единиц при заключительном осмотре. Следовательно, прирост интенсивности кариеса поверхностей постоянных зубов составил $0,19 \pm 0,03$ единиц на одного обследованного ребенка. У детей контрольной группы 6-летнего возраста значение данного индекса по составляющим параметрам составило соответственно $2,55 \pm 0,16$, $3,69 \pm 0,26$ и $1,14 \pm 0,10$ единиц.

У 12-летних детей профилактической группы, страдающих анемией, значение индекса КПУз в начале и конце исследования в среднем составило $1,70 \pm 0,16$ и $2,12 \pm 0,22$ при приросте интенсивности $0,42 \pm 0,06$ единиц на одного обследованного ребенка, а КПУ поверхностей - $2,33 \pm 0,12$, $2,81 \pm 0,17$ и $0,48 \pm 0,07$ единиц соответственно. В этой же возрастной группе детей контрольной группы, страдающих анемией, прирост интенсивности кариеса по индексу КПУз и КПУп составил $1,22 \pm 0,09$ и $1,28 \pm 0,09$ пораженных зубов соответственно.

При изучении динамики индекса КПУ зубов и поверхностей у 15-летних подростков профилактической группы среди обследованных лиц нами выявлены значительные изменения. Так, за период наблюдения индекс КПУз увеличился с исходного значения $3,88 \pm 0,28$ до $4,22 \pm 0,31$ пораженных зубов в конце реализованной программы при приросте интенсивности кариеса зубов $0,34 \pm 0,03$. Значение исследуемых показателей по индексу КПУп составило соответственно $5,16 \pm 0,34$, $5,57 \pm 0,38$ и $0,41 \pm 0,04$ единиц на одного обследованного подростка. Достоверные изменения нами были выявлены в группе подростков контрольной группы по индексу КПУз (соответственно $2,32 \pm 0,16$, $3,42 \pm 0,22$ и $1,10 \pm 0,06$) и КПУп (соответственно $2,89 \pm 0,18$, $4,04 \pm 0,27$ и $1,15 \pm 0,09$).

До реализации комплексной программы стоматологической профилактики у детей с анемией средний показатель гигиенической оценки ротовой полости по индексу ИГР-У (зн+зк) составил $1,60 \pm 0,13$, что соответствовало плохому результату. На момент использования профилактических мероприятий данный индекс составил $1,40 \pm 0,10$, что соответствовало удовлетворительному результату. Спустя 3 месяца проводимой под контролем взрослых чистки зубов данный показатель снизился до $0,60 \pm 0,06$. Однако, на момент назначения данной трехмесячной процедуры, при отпуске детей на выходные дни домой и их обратном возвращении к специалисту, этот показатель находился в пределах исходных значений, что говорит о развитии у ребенка неустойчивой привычки ухода за ротовой полостью и отсутствии надлежащего внимания родителей к уходу за полостью рта детей. В период реализации профилактической программы и

наблюдения в течение года у специалиста, а также в результате повторной мотивации родителей к необходимому соблюдению гигиены ротовой полости у ребенка индекс ИГР-У снизился до $0,50 \pm 0,06$.

По истечении года реализации профилактической программы индекс гигиены улучшился, а показатель зубного камня составил $0,10 \pm 0,02$. За время наблюдения у детей до 6 лет с анемией показатель кровоточивости при зондировании десневого желобка снизился с 87,4% до 23,6%, а показатели интенсивности снизились с 3,1 до 0,9 на фоне заметного улучшения гигиенического состояния ротовой полости. В основном это было обусловлено выпадением временных зубов и прорезыванием постоянных, в результате чего может наблюдаться развитие гингивитов.

На диспансерном наблюдении в течение 3-х лет находилось 114 детей в возрасте 2-5 лет и 105 детей 6-летнего возраста с дефицитом железа и наследственной гемолитической анемией, у которых проводилась герметизация временных и первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей. Контрольные осмотры проводились не реже 2-х раз в год. Только полная сохранность герметика оценивалась как положительный результат.

Среди обследованных детей с дефицитом железа и наследственной гемолитической анемией на 1-м году наблюдений процент отрицательных результатов в виде частичной или полной утраты герметика во временных и первых постоянных молярах составил $0,6 \pm 0,4\%$, на 2-м году – $5,5 \pm 1,3\%$ во временных молярах и в $2,1 \pm 0,7\%$ в первых постоянных молярах, на 3-м году во временных – $16,4 \pm 3,2\%$, в первых постоянных молярах – $2,3 \pm 0,8$.

В нашу задачу также входила оценка эффективности герметизации фиссур как временных, так и постоянных зубов у детей 3-5 лет, страдающих желездефицитной и наследственной гемолитической анемией в зависимости от способа нанесения герметика (рис. 3).



Рисунок 3. – Величина отрицательных результатов герметизации фиссур временных моляров различными герметиками у 3-5-летних детей с анемией

Полученные материалы в указанном аспекте свидетельствуют о том, что за 1 год наблюдений отрицательных результатов обработки фиссур временных моляров герметиком, наносимый с помощью кисточки, не наблюдалось, тогда как в 100% случаев дефектов силанта приходилось на герметик канюльного способа введения. На 2 году исследования 77,3±6,7% дефектов герметизации временных моляров составлял герметик канюльного способа использования, а 22,7±5,2% - герметик наносимый с помощью кисточки. На 3 году наблюдения в 76,3±4,3% случаев дефекты герметизации фиссур временных моляров относились к герметику канюльного способа использования, а в 24,7±4,3% - к герметику наносимый с помощью кисточки.

На 1 году наблюдения у детей с анемией в первых постоянных молярах, так как и во временных, все дефекты атравматической герметизации были отмечены в зубах, которые герметизированы канюльным способом нанесения. На 2 году наблюдения из общего количество дефектов герметизации 83,3±5,2% были выявлены в зубах, которые герметизированы силантом канюльного способа нанесения, и 16,7±4,2% в зубах, где применяли герметик, наносимый с помощью кисточки. На 3 году наблюдения 87,5±2,4% дефектов составлял герметик, наносимый канюльным способом и 12,5±2,2% - герметик, наносимый с помощью кисточки (рис. 4).

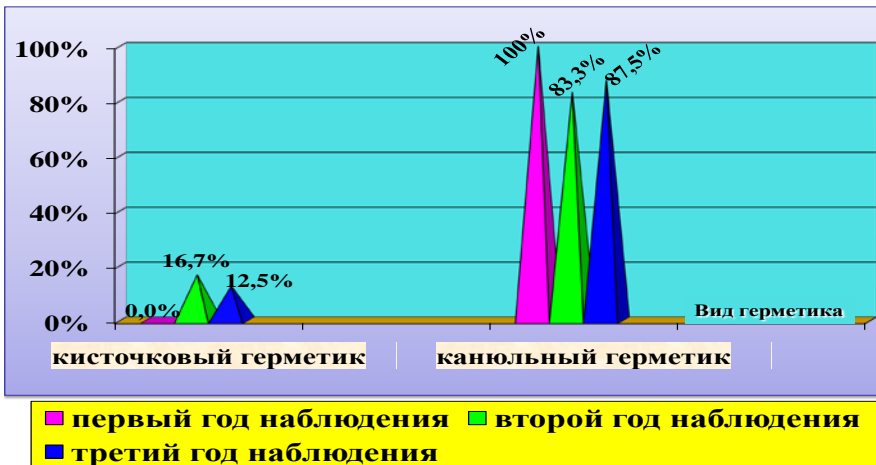


Рисунок 4. – Величина отрицательных результатов герметизации фиссур первых постоянных моляров различными герметиками у 6-летних детей с анемией

Таким образом, результаты наших исследований подтверждают высокую кариеспрофилактическую эффективность метода герметизации фиссур временных и первых постоянных моляров у детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией. Фотополимерные герметики

дольше сохраняются во временных и первых постоянных молярах нижней челюсти. Для герметизации временных и первых постоянных моляров верхней челюсти целесообразно использовать герметики с кисточковым способом нанесения.

ВЫВОДЫ

1. Результаты клинико-эпидемиологического обследования стоматологического статуса детей 3-, 6-, 12- и 15-летнего возраста с железодефицитной анемией позволили выявить высокую пораженность кариесом как временных, так и постоянных зубов. Распространенность и интенсивность кариеса в исследуемых возрастных группах в среднем соответствовали 50,9%, 60,4%, 56,4%, 82,8% и $2,25 \pm 0,10$, $2,32 \pm 0,13$, $1,70 \pm 0,16$, $3,88 \pm 0,28$ единиц пораженного зуба на одного обследованного. У детей раннего возраста с наследственно-гемолитической анемией среднее значение распространенность и интенсивность кариеса временных зубов составила $71,4 \pm 3,14\%$ и $5,18 \pm 0,48$ соответственно.

2. Усреднённые значения уровня стоматологической помощи среди обследованных детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией после активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера составили 75,32% против исследуемого показателя до реализации соответствующих мероприятий (4,49%). Полученные цифровые значения свидетельствуют об удовлетворительной градации уровня оказанной стоматологической помощи среди обследованного контингента детей после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

3. При исследовании состояния твердых тканей зубов у детей с анемией было установлено, что распространенность видимых изменений в эмали, которые не выходят за пределы ямки или фиссуры, составляла 60,29% при его локализации на жевательной (95,59%) и пришеечной (4,41%) поверхности. Видимые изменения эмали без наличия кариозной полости только после высушивания воздухом диагностировали в 42,19% наблюдений, и такие изменения преимущественно соответствовали начальному или поверхностному кариесу острого течения активности. Это были в основном участки меловидного цвета, шероховатые и чувствительные при зондировании, которые хорошо окрашивались метиленовым синим. В 16,01% случаев визуализированы пигментированные пятна с плотной и блестящей поверхности, свидетельствующие о хронизации активности кариозного процесса.

4. Анализ эмоционально-поведенческих карт детей раннего возраста с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией позволил выделить основные критерии их эмоционального состояния до и после стоматологической профилактики и лечения. При сравнении критериев эмоционально-поведенческого состояния среди группы детей с анемией

готовых к лечебно-профилактическому действию, динамика цифровых значений при профилактике и при лечении отличается. Так, после реализации профилактических процедур у детей увеличились эмоциональная устойчивость, страх, протест и степень недоверия соответственно на $50,0 \pm 9,1\%$, $12,5 \pm 2,1\%$, $50,0 \pm 9,1\%$ и $25,0 \pm 4,2\%$ против исходного значения исследуемых показателей эмоционально-поведенческого состояния соматических больных до начала стоматологической манипуляции (соответственно $37,5 \pm 6,6\%$, $6,25 \pm 1,4\%$, $25,0 \pm 4,3\%$ и $12,5 \pm 2,1\%$).

5. Анализ ответов родителей на вопросы, оценивающие качество жизни детей, страдающих анемией, до и после реализации профилактической стоматологической программы выявил следующие закономерности. До реализации профилактической программы стоматологического характера родители детей меньше внимания уделяют стоматологическим проблемам у своих детей, о чем свидетельствует более низкое значение среднего балла анкеты-вопросника по всем разделам. В результате реализации соответствующей программы среди детей отмечено снижение среднего балла ответов на все вопросы, что свидетельствует об улучшении качества жизни обследованных детей.

6. Сравнение частоты поражения кариесом «незапечатанных» и «запечатанных» моляров у детей раннего возраста, страдающих анемией, показало высокую профилактическую ценность метода герметизации фиссур временных зубов. У детей с «запечатанными» молярами частота поражения кариесом через 6 месяцев была в 1,9 раза ($P < 0,001$) меньше, чем у детей, которым не проводили запечатывания фиссур зубов. Через 12 месяцев после запечатывания фиссур временные моляры оставались интактными в $91,55 \pm 2,33\%$ случаев, без запечатывания – в $57,83 \pm 3,13\%$. Редукция прироста кариеса через год после запечатывания фиссур временных моляров составила $79,96\%$, что подтверждает высокую профилактическую эффективность данного метода у детей раннего возраста, страдающих железодефицитной и наследственной гемолитической анемией.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения качества и эффективности стоматологической патологии детям с анемией необходимо совместное участие стоматологов, педиатров и гематологов в составлении плана лечения и решение общих клинических задач.

2. При осуществлении плановых стоматологических осмотров в детских дошкольных и школьных учреждениях рекомендуется проводить комплексные скрининговые диагностические исследования на предмет выявления гематологических нарушений у пациентов с патологией зубов и тканей пародонта.

3. Рекомендовать органам здравоохранения на базе детских

стоматологических поликлиник организовать кабинет биофункциональной диагностики с целью раннего выявления ассоциированных патологий стоматологического и гематологического характеров.

4. Рекомендовать к широкому применению органам практического здравоохранения разработанный алгоритм семейного принципа диспансеризации детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией, в связи с доказанной его высокой клинической эффективности.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Ибрагимова, А.А. Встречаемость стоматологических заболеваний у детей с анемией: сб. науч. тр. / **А.А. Ибрагимова**, Н.М. Рахимов, С.С. Субханов // Материалы 62-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино «Медицинская наука и образование». - Душанбе, 2014. -С. 305-308.

2. Ибрагимова, А.А. Особенности стоматологического статуса у детей и подростков с анемией: сб. науч. тр. / **А.А. Ибрагимова**, С.С. Субханов // Материалы международного молодежного научно-практического форума «Медицина будущего. От разработки до внедрения». -Оренбург, 2017. -С. 305-306.

3. Ибрагимова, А.А. Результаты изучения активности кариеса и эмоционально-поведенческого состояния детей с анемией / **А.А. Ибрагимова**, Г.Г. Ашуров, М.Р. Гурезов // Стоматология Таджикистана. - 2018. -№ 1. -С. 10-14.

4. Ибрагимова, А.А. Результаты стоматологического обследования детей с железодефицитной анемией / **А.А. Ибрагимова**, К.И. Исмоилов, Ф.М. Ёраков // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения**. - Душанбе, 2018. -№ 3. -С. 28-32.

5. Ибрагимова, А.А. Эффективность организации стоматологической помощи детям с анемией на основе семейного принципа диспансеризации: сб. науч. тр. / **А.А. Ибрагимова**, Р.Н. Джонибекова // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2018. -С. 22-23.

6. Ибрагимова, А.А. К вопросу о мониторинговании уровня стоматологического аспекта здоровья и факторы, способствующие развитие стоматологической патологии у детского контингента населения / **А.А. Ибрагимова**, Г.Г. Ашуров, З.Ш. Юлдошев // Стоматология Таджикистана. - 2018. -№ 1. -С. 38-45.

7. Ибрагимова, А.А. Эффективность герметизации фиссур временных и постоянных моляров в рамках диспансеризации детей с железодефицитной и наследственно-гемолитической анемией: сб. науч. тр. / **А.А. Ибрагимова**, Р.Н. Джонибекова // Материалы ежегодной XXIV научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ. -Душанбе, 2018. -С. 132-133.

8. Ибрагимова, А.А. Результаты определения качества жизни у детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией / **А.А. Ибрагимова**, А.А. Исмоилов // *Стоматология Таджикистана*. -2018. -№ 2. -С. 12-18.

9. Ибрагимова, А.А. К вопросу о многопараметрическом анализе состояния органов полости рта детского контингента, ассоциированной с анемией / **А.А. Ибрагимова**, А.А. Исмоилов, З.Ш. Юлдошев // *Стоматология Таджикистана*. -2018. -№ 2. -С. 51-56.

10. Джонибекова, Р.Н. Эффективность организации стоматологической помощи детям с анемией на основе семейного принципа диспансеризации: сб. науч. тр. / Р.Н. Джонибекова, **А.А. Ибрагимова**// *Материалы XXIV ежегодной научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ*. -2018. -С. 22-23.

11. Ибрагимова, А.А. Эффективность герметизации фиссур временных и постоянных моляров в рамках диспансеризации детей с железодефицитной и наследственной гемолитической анемией: сб. науч. тр. / **А.А. Ибрагимова**, Р.Н. Джонибекова// *Материалы XXIV ежегодной научно-практической конференции ГОУ ИПОвСЗ РТ*. -2018. -С. 132-133.

12. Ибрагимова, А.А. Результаты изучения стоматологического статуса у детей с наследственно-гемолитической анемией / **А.А. Ибрагимова** // **Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения**. - Душанбе, 2018. -№ 4. -С. 18-22.

13. Ибрагимова, А.А. Влияние наследственно-гемолитической анемии на уровень распространенности и интенсивности кариеса зубов / **А.А. Ибрагимова**, А.А. Исмоилов // *Стоматология Таджикистана*. -2019. -№ 1. -С. 12-15.

14. Ибрагимова, А.А. Распространенность и интенсивность кариеса временных и постоянных зубов в ключевых возрастных группах детей с железодефицитной анемией / **А.А. Ибрагимова**, А.А. Исмоилов, К.И. Исмоилов // *Стоматология Таджикистана*. -2019. -№ 1. -С. 60-64.

15. Ибрагимова, А.А. Клинические аспекты применения международного диагностического индекса ICDAS для изучения заболеваемости кариесом зубов у детей с анемией / **А.А. Ибрагимова**, С.М. Каримов, К.И. Исмоилов // *Стоматология Таджикистана*. -2019. -№ 2. -С. 5-7.

16. Ибрагимова, А.А. Результаты использования международного системного индекса по выявлению кариеса и его активности у детей с анемией / **А.А. Ибрагимова**, К.И. Исмоилов, М.Р. Гурезов // **Вестник Академии медицинских наук Таджикистана**. -Душанбе. -2019. -№ 4. -С. 361-365.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГОУ ИПОвСЗ РТ – государственное образовательное учреждение «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики

Таджикистан»

ЖДА – железодефицитная анемия

зк – зубной камень временных зубов

зн – зубной налет временных зубов

ИГР-У (ОHI-S) – упрощенный индекс гигиены полости рта (oral hygiene index simplified)

«К» – поверхностный, средний и глубокий кариес постоянных зубов

«к» – поверхностный, средний и глубокий кариес временных зубов

КПУз – кариозные, пломбированные, удаленные зубы (интенсивность кариеса постоянных зубов)

КПУз ср. «б» - интенсивность кариеса первых постоянных моляров

кпз – кариозные, пломбированные зубы (интенсивность кариеса временных зубов)

кпп – кариозные пломбированные поверхности (интенсивность кариеса поверхностей временных зубов)

ЛФК – лечебная физкультура

МЗ и СЗН РТ – Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

НГА – наследственная гемолитическая анемия

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

«П» – пломбированные зубы постоянного прикуса

«п» – пломбированные зубы временного прикуса

«Р» – осложнения кариеса постоянных зубов, подлежащие лечению

«р» – осложнения кариеса временных зубов, подлежащие лечению

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

СНГ – содружество независимых государств

ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет

«У» – удаленные зубы постоянного прикуса

УИК - уровня интенсивности кариеса

УСП – уровень стоматологической помощи

«Х» – осложнения кариеса постоянных зубов, подлежащие удалению

«х» – осложнения кариеса временных зубов, подлежащие удалению

СРITN – communital periodontal index treatment need (индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта)

D1MFT - КПУ с учетом начального кариеса

D3MFT - кариес дентина

ICDAS - International Caries Detection and Assessment System (индекс международной системы выявления и оценки активности кариеса)

OHQRoL - Oral Health-Related Quality of Life (индекс оценки качества жизни)

SiC-index – индекс наивысшей интенсивности кариеса

Разрешено в печать 08.12.2021. Сдано в печать
13.12.2021. Формат 60x84 1/16. Объем 1,5 п.л.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура
Times New Roman. Тираж 100 экз. Типография
ООО “Ориёнгандж”