

HEMOFILIJĄ A IR B SERGANČIŲ LIETUVOS VAIKŲ BURNOS SVEIKATA IR JĄ LEMIANTYS VEIKSNIAI

Rūta Žaliūnienė¹, Jolanta Aleksejūnienė², Vilma Brukienė¹, Vytautė Pečiulienė¹

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Odontologijos institutas,

²Britų Kolumbijos universiteto Odontologijos fakultetas

Raktažodžiai: hemofilija, ėduonies intensyvumas, rizikos veiksniai

Santrauka

Dėl galimo savaiminio ar pooperacinio burnos gleivinės kraujavimo hemofilija sergančių vaikų (HSV) burnos ligų profilaktika ir gydymas yra nemenkas iššūkis tiek pacientui, tiek gydytojui odontologui.

Darbo tikslas: ištirti Lietuvos vaikų, sergančių hemofilija A ir B, dantų sveikatos būklę bei palyginti gautus duomenis su kontroline grupe.

Medžiaga ir metodika. Tyrime kviešti dalyvauti visi Lietuvoje gyvenantys 4–17 metų amžiaus hemofilija sergantys vaikai. Kontrolinės grupės asmenys buvo atrinkti atsitiktine tvarka pagal lytį, amžių ir gyvenamąją vietą. Apskaičiuoti ir įvertinti šie kiekvieno tiriamojo duomenys: kiekybinis apnašų indeksas, seilių buferinė talpa ir skatinto seilėtekio greitis, *Streptococcus mutans* ir *Lactobacilli* bakterijų kiekis seilėse, KPI/kp reikšmės. Tiriamiesiems ar jų tėvams/globėjams buvo pateikta klausimų apie hemofilijos tipą, burnos higienos įgūdžius, mitybos režimą, tiriamojo tėvų išsilavinimą ir šiuo metu dirbamą darbą.

Rezultatai. Tyrime dalyvavo 57 vaikai: 27 HSV ir 30 kontrolinės grupės vaikų. HSV pieninių dantų ėduonies intensyvumas ir gydymo reikmės buvo mažesnės negu sveikų tiriamųjų. HSV turėjo mažesnę ėduonį sukeliančių bakterijų (*Streptococcus mutans* ir *Lactobacilli*) kiekį seilėse, palyginti su jų kontrolinės grupės bendraamžiais. Kontrolinės grupės vaikai buvo iš aukštesnės socialinės ekonominės padėties šeimų negu sergantieji hemofilija.

Išvados. HA ir HB sergantys vaikai turėjo mažiau pieninių ėduonies pažeistų dantų negu to paties amžiaus ir gyvenamosios vietos sveikieji. Tiriant abiejų grupių tiriamųjų nuolatinį sąkandį, bendras ėduonies intensyvumas ir dantų gydymo reikmės statistškai reikšmingai nesiskyrė.

Įvadas

Hemofilija yra įgimta su X chromosoma susijusi recesyviu būdu paveldima nepagydoma liga, kurią sukelia VIII (hemofilija A) ir IX (hemofilija B) kraujo krešėjimo faktorių trūkumas [1,2]. Hemofilija serga tik vyrai, o moterys yra ligos nešiotojos. Ši liga vienodai paplitusi įvairiose etninėse, socialinėse ir ekonominėse grupėse [1]. Hemofilijos A (HA) dažnis siekia 1:5000–10 000 gyvų gimusių berniukų, o hemofilija B (HB) diagnozuojama 1 iš 30 000–50 000 [3,4]. VU Santariškių klinikų filialo vaikų ligoninės Onkohematologijos centro duomenimis, kasmet Lietuvoje diagnozuojama nuo 1 iki 3 naujų hemofilijos atvejų. Pagal krešėjimo faktorių aktyvumą kraujyje skiriamos trys hemofilijos A ar B formos: lengva (< 0,05–0,40 TV/ml, arba 5–40 proc.), vidutinė (< 0,01–0,05 TV/ml, arba 1–5 proc.) ir sunki (< 0,01 TV/ml, arba 1 proc.) [5].

Hemofilija sergančių asmenų (HSA) burnos ligų profilaktika ir gydymas yra nemenkas iššūkis tiek pacientui, tiek gydytojui odontologui [6]. Burnoje ši liga pasireiškia savaiminiu dantenu kraujavimu, gausiu ir sunkiai sustabdomu kraujavimu po danties pašalinimo, lūpos ar liežuvio pasaitėlių plastikos, periodontologinių operacijų, žaizdų siuvimo [7]. Net dantų valymas ar kieto maisto kramtymas gali sukelti dantenu kraujavimą, todėl HSA vengia valytis dantis, jų burnos higiena dažnai yra nepilnavertė [8]. Problemą kelia ir tai, kad gydytojais odontologais neturi arba kartais turi labai menką HSA dantų gydymo patirtį ir, bijodami galimų gydymo komplikacijų, vengia gydyti sergančiuosius hemofilija [3,8,9]. Nepakankama burnos higiena ir laiku nepradėtas odontologinis gydymas lemia ėduonies, gingivito, periodontito ar periostito išsivystymą, tai labai padidina invazyvaus odontologinio gydymo poreikį ir kraujavimo tikimybę [10]. Dėl šių priežasčių HSA burnos priežiūros pagrindu turėtų tapti pirminė burnos ligų profilaktika, ypač didelį dėmesį skiriant asmeninei burnos higienai [11].

Įgimti kraujo krešėjimo sutrikimai sudaro labai mažą dalį visų bendrinių ligų, todėl mokslinių publikacijų apie HSA burnos higieną, ligas ir jų paplitimą yra mažai, o

gauti duomenys yra prieštaringi. Ištyrus Šiaurės Airijos ir Didžiosios Britanijos HSV pieninio ir nuolatinio sąkandžio dantų ėduonies paplitimą, rezultatai parodė, kad hemofilijos grupėje dantų ėduonies intensyvumo indeksas KPI/kp buvo mažesnis negu kontrolinėje grupėje [12,13]. Priešingus rezultatus paskelbė Pakistano ir Egipto mokslininkai: HSV turėjo daugiau ėduonies pažeistų, plombuotų ir išrautų dantų, palyginti su kontroline grupe [14,15]. Tai galima paaiškinti ypatinga HSV priežiūra specializuotose multidisciplininėse klinikose bei dantų ėduonies profilaktika nuo pat gimimo, vykdoma išsivysčiusiose šalyse, ir daryti išvadą, kad hemofilija sergančiųjų burnos sveikata tiesiogiai priklauso ir nuo šalies, kurioje HSV gyvena, išsivystymo ir gerovės [13].

Burnos sveikatą lemia net keletas tarpusavyje glaudžiai susijusių ir sąveikaujančių veiksnių: genetiniai ir biologiniai veiksniai, fizinė ir socialinė aplinka, sveikatos priežiūra ir burnos higienos įpročiai. Žema socialinė-ekonominė padėtis (SES) tiesiogiai lemia ir didina ėduonies atsiradimo tikimybę [16]. Tačiau pagrindiniai ėduonies etiologiniai veiksniai yra nepakankama burnos higiena ir cukraus turinčių produktų bei gėrimų vartojimas [17]. Ne mažiau svarbus vaidmuo tenka seilių savybėms: sumažėjusi seilių sekrecija ir buferinė talpa bei padidėjęs patogeninių *Streptococcus mutans* ir *Lactobacilli* bakterijų kiekis yra svarbiausi endogeniniai dantų ėduonies rizikos veiksniai [18].

Darbo tikslas: ištirti Lietuvos vaikų, sergančių hemofilija A ir B, dantų sveikatos būklę ir ją lemiančius veiksniai bei palyginti gautus duomenis su kontrolinės grupės duomenimis.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimą atlikti buvo gautas Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto leidimas (2011-11-08; Nr.158200-11-425-119). Tyrimas buvo atliekamas remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos rekomendacijomis burnos sveikatos tyrimams atlikti.

Tyrimo metu kviečiami dalyvauti visi HA ir HB sergančios 4–17 metų amžiaus vaikai. Siekiant gautus duomenis palyginti su bendrais Lietuvos populiacijos duomenimis, buvo suformuota kontrolinė sveikų vaikų grupė. Kontrolinės grupės asmenys buvo atrinkti atsitiktine tvarka pagal lytį, amžių ir gyvenamąją vietą. Tapatinant pagal lytį, tyrime dalyvavo tik berniukai, o tapatinant pagal gyvenamąją vietą, Lietuvos Respublika buvo suskirstyta į penkis sąlyginius administracinius vienetus: Vilniaus (AV1), Kauno (AV2), Klaipėdos (AV3), Šiaulių (AV4) ir Panevėžio (AV5).

Asmens klinikinis ištyrimas atliktas odontologinėje kėdėje naudojant standartinę odontologinį apšvietimą, diagnostinį zondą, odontologinį veidrodėlį, vandenį, suspaustą orą. Ėduonies proceso intensyvumas vertintas KPI in-

deksu. Koduotame tiriamojo apžiūros lape buvo pažymėti ėduonies pažeisti (K), plombuoti (P) ir išrauti dantys (I). Kiekvieno tiriamojo KPI indeksas buvo nustatytas suskaičiavus ir sudėjus ėduonies pažeistus, plombuotus ir išrautus dantis. Jei viename dantyje buvo ir užpildas, ir ėduonies pažeidimas, toks dantis buvo įvertintas kaip pažeistas ėduonies (K). Pieninių dantų ėduonies intensyvumo indeksas užrašomas mažosiomis raidėmis (kp). Dantų gydymo reikmės apskaičiuotos įvertinus ėduonies pažeistų nuolatinųjų (KD) ir pieninių (kd) dantų skaičių. Atsižvelgiant į tai, kad gautus duomenis sunku palyginti dėl skirtingo burnoje esančių dantų skaičiaus, buvo apskaičiuoti dantų sveikatos procentiniai indeksai (1 lentelė).

Burnos higiena vertinta naudojant kiekybinį apnašų indeksą (P%), kuris parodo, koks danties paviršiaus ploto procentas yra padengtas apnašomis. Dantų paviršiai buvo dengiami dažančia medžiaga (*MIRA-2-TON, Hager & Werken, GmbH & Co.KG.*), atliktos skaitmeninės lūpinių/skrustinių kaplių bei krūminių dantų paviršių fotonuotraukos. Skaitmeninės dantų fotonuotraukos analizuotos naudojant *Adobe Photoshop* kompiuterinę programą, įvertintas nudažytų apnašų bei viso danties paviršiaus pikselių skaičius. Kiekvieno danties P% indeksas apskaičiuotas pagal tokią formulę: nudažytų apnašų pikselių skaičius/viso danties paviršiaus pikselių skaičius $\times 100 = P\%$. Bendras individualus P% indeksas gautas sudėjus visų tirtų dantų indeksus ir padalinus iš dantų skaičiaus. 0% atspindi labai gerą burnos higieną, kai apnašų visai nėra, 100% rodo, kad apnašos dengia visą danties paviršių [19].

Kiekvienam tiriamajam buvo atlikti skatinto seilėtekio, buferinės talpos ir mikrobiologinis seilių tyrimai. Atliekant skatinto seilėtekio tyrimą, seilių išsiskyrimas buvo skatinamas duodant tiriamajam 3 minutes kramtyti parafi-

1 lentelė. Dantų ėduonies procentiniai indeksai ir jų skaičiavimas

Dantų ėduonies procentiniai indeksai	Skaičiavimai
Ratio.kp – pieninių dantų ėduonies intensyvumo procentinis indeksas	(ėduonies pažeistų ir plombuotų pieninių dantų skaičius/ burnoje esančių pieninių dantų skaičius)*100
Ratio.KPI – nuolatinųjų dantų ėduonies intensyvumo procentinis indeksas	(ėduonies pažeistų, plombuotų ir išrautų nuolatinųjų dantų skaičius/ burnoje esančių nuolatinųjų dantų skaičius)*100
Ratio.kd – pieninių dantų gydymo reikmių procentinis indeksas	(ėduonies pažeistų pieninių dantų skaičius/ burnoje esančių pieninių dantų skaičius)*100
Ratio.KD – nuolatinųjų dantų gydymo reikmių procentinis indeksas	(ėduonies pažeistų nuolatinųjų dantų skaičius/ burnoje esančių nuolatinųjų dantų skaičius)*100

no plokštele, seilės buvo renkamos į vienkartinį plastikinį indelį. Kiekvienas indelis buvo pasvertas prieš tyrimą ir po jo (kartu su seilėmis). Atėmus tuščio indelio svorį iš gauto svorio, nustatytas surinktų seilių kiekis gramais. 1 gramas seilių prilygintas 1 mililitrui. Skatintas seilėtekis išreikštas mililitrais per minutę (ml/min). Seilių buferinė talpa matuota naudojant *CRT O Bacteria kit (Ivoclar Vivadent)* testus pagal gamintojo rekomendacijas: 1 lašas tiriamojo seilių užlašintas ant buferinės talpos juostelės, po 5 min. skaitmeniniu fotoaparatu (*Canon EOS 1000D*) buvo fotografuojama buferinė juostelė (visu ilgiu), spalvinė vertinimo skalė (gamintojo) ir tiriamojo identifikacinis kodas. Pagal gamintojo standartus buvo nustatytas vienas iš trijų buferinės talpos lygių: aukštas, vidutinis, žemas. Seilių bakteriologinis tyrimas buvo atliekamas naudojant *CRT O Bacteria kit (Ivoclar Vivadent)* testus. Buvo apskaičiuotas *Streptococcus mutans* ir *Lactobacilli* kiekis skatintose seilėse. Surinktos tiriamojo seilės buvo užlašintos pipete bei paskirstytos ant mėlynos (*Streptococcus mutans* auginimui) ir žalios (*Lactobacilli* auginimui) spalvos augimo terpių. Terpių patalpintos į konteinerius, užrašytas tiriamojo identifikacinis kodas. Seilių mėginiai buvo laikomi inkubatorijoje (*Cultura/Ivoclar Vivadent*) 37°C temperatūroje 48 valandas. *Streptococcus mutans* ir *Lactobacilli* kolonijos buvo vertinamos pagal gamintojo nurodytas rekomendacijas: žema ėduonies rizika, kai $< 10^5$ CFU, arba aukšta, kai $\geq 10^5$ CFU (*Colony Forming Units*). Fotografuota skaitmeniniu fotoaparatu (*Canon EOS 1000D*).

Siekiant išsiaiškinti veiksnius, galinčius turėti įtakos HA ir HB sergančių asmenų burnos sveikatai, buvo atlikta tiriamųjų apklausa. Tiriamiesiems ar jų tėvams/globėjams buvo pateikta klausimų apie burnos higienos įgūdžius, mitybos režimą bei apsilankymų pas gydytoją odontologą priežastis. Klausimyne taip pat pateikta klausimų apie tiriamojo tėvų išsilavinimą, įgytą profesiją ir šiuo metu dirbamą darbą. Išanalizavus gautus atsakymus tiriamųjų so-

cialinė-ekonominė padėtis suskirstyta į 3 grupes: 1 – žema SES; 2 – vidutinė SES; 3 – aukšta SES [20].

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant *IBM SPSS statistics* 21 programinį paketą. Aprašant sveikųjų ir tiriamųjų grupės demografinius duomenis, hemofilijos tipus ir formas, naudoti aprašomosios statistikos metodai. Lyginant sveikųjų ir HSA skirtingus dantų sveikatos aspektus, taikytas t-kriterijus, Mann Whitney U-testas, Fišerio testas, chi kvadratų kriterijus. Statistiškai reikšmingu buvo laikomas skirtumas su ne didesniu nei 0,05 reikšmingumo lygiu.

Rezultatai

Iš viso tyrime dalyvavo 57 vaikai: 27 HA ir HB sergantys vaikai ir 30 kontrolinės grupės sveikų vaikų. Sunki HA sudarė didžiausią dalį visų hemofilijos atvejų (n=15; 55,5 proc.). Vidutinė ir lengva HA diagnozuota 8 vaikams (29,6 proc.), sunki HB 4 vaikams (14,8 proc.). Sergančiųjų HB lengva ar vidutine formomis tarp tiriamųjų nebuvo. Vidutinis tiriamųjų amžius 11,58 m. (SN-3,9 m., ribos: 4–17 m.) Daugiau negu pusė tiriamųjų (57,3 proc.) buvo vyresni kaip 12 metų. Net 36,8 proc. tiriamųjų (n=21) gyveno AV2 (Kaunas), AV1 – 22,8 proc. (n=13), AV4 – 15,8 proc. (n=9), AV5 – 14,1 proc. (n=8), AV3 – 10,5 proc. (n=6).

Lyginant sveikų vaikų ir HA bei HB sergančių vaikų (vidurkis \pm SN) pieninių dantų ėduonies intensyvumą, gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,003): HSV turėjo daugiau kaip du kartus mažiau ėduonies pažeistų dantų, palyginti su to paties amžiaus sveikaisiais. Tiriant nuolatinį sąkandį, duomenys statistiškai reikšmingai nesiskyrė (p=0,573). Panašūs rezultatai gauti ir palyginus ėduonies gydymo reikmes: HSV pieninių dantų ėduonies gydymo reikmės buvo statistiškai reikšmingai mažesnės negu sveikų vaikų (p=0,036); nuolatinė dantų gydymo reikmės, lyginant tiriamąją ir kontrolinę grupes, statistiškai nesiskyrė (p=0,761) (2 lentelė).

Atlikta kontrolinės grupės ir HSV dantų sveikatą lemiančių rizikos veiksnių analizė (3 lentelė). HA ir HB sergantys vaikai turėjo didesnę dantų apnašų kiekio vidurkį (32,0 \pm 20,2) negu sveikieji (28,2 \pm 15,2), bet šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas (p=0,430). Palyginus abi grupes, statistiškai reikšmingai nesiskyrė ir skatinto seilėtekio greitis (p=0,520) bei buferinė talpa (p=0,509), bet HSV turėjo mažesnę ėduonį sukeliančių bakterijų (*Streptococcus mutans* ir *Lactobacilli*) kiekį seilėse (p=0,019).

Tik vienas vaikas, sergantis hemofilija, nurodė, kad jo dantenos kraujuoja ramybės metu. Ir nors statistiškai reikšmingo skirtumo, lyginant tiriamąją ir kontrolinę grupes, nebuvo, 23,3 proc. sveikų vaikų ir 37,0 proc. sergančiųjų hemofilija pažymėjo, kad jų dantenos kraujuoja valant dantis. Apklausos rezultatai parodė, kad nepaisydami dantų kraujavimo valymo metu toliau valo dantis 36,7 proc. sveikųjų ir 51,9 proc. HSV.

2 lentelė. Ėduonies indeksų reikšmių palyginimas tarp tiriamųjų grupių (t-kriterijus)

Ėduonies indeksai #	Kontrolinė grupė (sveikieji)		Tiriamoji grupė (hemofilikai)		p reikšmė (95%PI)
	Skaičius	$\bar{x} \pm SN$	Skaičius	$\bar{x} \pm SN$	
Bendras ėduonies intensyvumas					
kp	15	6,1 \pm 2,5	11	2,6 \pm 2,6	0,003 (1,3; 5,5)
Ratio.kp	15	59,4 \pm 26,0	11	43,1 \pm 38,8	0,208 (-9,8; 42,6)
KPI	26	2,9 \pm 3,5	23	3,4 \pm 3,7	0,573 (-2,7; 1,5)
Ratio.KPI	26	11,7 \pm 13,4	23	13,4 \pm 14,9	0,673 (-9,9; 6,4)
Ėduonies gydymo reikmės					
kd	15	3,6 \pm 2,9	11	1,4 \pm 1,9	0,036 (0,2; 4,3)
Ratio.kd	15	39,4 \pm 33,0	11	19,9 \pm 32,1	0,145 (-7,2; 46,7)
KD	26	1,9 \pm 3,0	23	2,2 \pm 2,8	0,727 (-1,9; 1,4)
Ratio.KD	26	7,7 \pm 11,0	23	8,7 \pm 11,0	0,761 (-7,3; 5,4)

Statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,005$) gautas lyginant higieninio dantų siūlo naudojimą: 96,3 proc. HSV nevalė tarpdančių higieniniu siūlu, tuo tarpu kontrolinėje grupėje net 33,3 proc. tiriamųjų kasdienei dantų priežiūrai naudojo higieninį siūlą. Be to, statistiškai reikšmingai skyrėsi visi rodikliai, susiję su socialine-ekonomine padėtimi: HA ir HB sergantys vaikai buvo iš žemesnės SES šeimų negu sveikieji ($p=0,004$), jų tėvų išsilavinimas taip pat buvo statistiškai reikšmingai mažesnis negu sveikųjų ($p=0,010$).

Rezultatų aptarimas

Šio atvejo - kontrolės tyrimo metu buvo tirta hemofilija sergančių Lietuvos vaikų burnos sveikata, ją lemiantys rizikos veiksniai. Gauti duomenys parodė, kad ėduonies intensyvumas bei gydymo reikmės skyrėsi įvairiais tiriamųjų amžiaus periodais: HA ir HB sergančių vaikų bendras pieninio sąkandžio ėduonies intensyvumas bei gydymo reikmės buvo mažesnės negu to paties amžiaus ir gyvenamosios vietos sveikųjų vaikų, tačiau palyginus šiuos rodiklius nuolatinio sąkandžio tyrimo metu statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo rasta. Remiantis šiais rezultatais galima daryti išvadą, kad HSV tėvai ar globėjai buvo informuoti apie specialius savo vaikų poreikius, burnos ligų profilaktiką ir geriau prižiūrėjo savo vaikų dantis. Gautus rezultatus palyginome su kitose šalyse atliktais tyrimais ir galime teigti, kad mūsų gauti duomenys sutapo su tyrimų, atliktų Didžiojoje Britanijoje ir Šiaurės Airijoje, rezultatais [12,13]. Tai leidžia daryti prielaidą, kad Lietuvos HSV dantų būklė yra panašesnė į anglų ir airių negu

3 lentelė. Ėduonies rizikos veiksnių palyginimas tarp tiriamųjų grupių

T-kriterijus/ Mann Whitney U-testas naudoti $x \pm SN$ reikšmių palyginimui; Fišerio testas/ Chi kvadrato kriterijus proporcijų palyginimui

Veiksniai	Kontrolinė grupė (sveikieji)		Tiriamoji grupė (hemofilikai)		p reikšmė (95 proc. PI)
	Skaičius	$\bar{x} \pm SN$	Skaičius	$\bar{x} \pm SN$	
Reikšmių palyginimas					
Dantų apnašos	30	28,2±15,2	27	32,0±20,2	0,430 (-13,2; 5,7)
Seilių tekėjimo greitis	30	1,0±0,5	25	0,9±0,5	0,520 (-0,2; 0,3)
Proporcijų palyginimas					
	Skaičius	Procentai	Skaičius	Procentai	p reikšmė
Buferinis seilių tūris					
Žemas	1	3,3	3	11,1	0,509
Vidutinis	14	46,7	11	40,7	
Aukštas	15	50,0	13	48,1	
Seilių bakteriologinės savybės					
<i>S.Mutans</i> ir <i>Lactobacilli</i> žemas	1	3,3	7	25,9	0,019
<i>S.Mutans</i> ar <i>Lactobacilli</i> aukštas	16	53,3	15	55,6	
<i>S.Mutans</i> ir <i>Lactobacilli</i> aukštas	13	43,3	5	18,5	
Tėvų užimtumas					
Žemas	2	6,7	8	29,6	0,022
Vidutinis	11	36,7	12	44,4	
Aukštas	17	56,7	7	25,9	
Tėvų išsilavinimas					
Vidutinis	2	6,7	13	48,2	0,010
Aukštasis neuniversitetinis	9	30,0	7	25,9	
Aukštasis universitetinis	19	63,3	7	25,9	
Socialinė ekonominė padėtis (SES)					
Žema	1	3,3	9	33,3	0,004
Vidutinė	13	43,3	12	44,4	
Aukšta	16	53,3	6	22,2	
Dantų valymo dažnis					
Ne kiekvieną dieną	4	13,3	6	22,2	0,297
Kiekvieną dieną	26	86,7	21	77,8	
Dantų pastos su fluoru naudojimas					
Ne	2	6,7	5	18,5	0,208
Nežino	16	53,3	9	33,3	
Taip	12	40,0	13	48,1	
Dantenų kraujavimas ramybės metu					
Ne	30	100,0	26	96,3	0,474
Taip	0	0,0	1	3,7	
Dantenų kraujavimas valant dantis					
Ne	23	76,7	17	63,0	0,201
Taip	7	23,3	10	37,0	
Valo dantis toliau nepaisydami kraujavimo					
Ne	19	63,3	13	48,1	0,188
Taip	11	36,7	14	51,9	
Higieninio tarpdančių siūlo naudojimas					
Ne	20	66,7	26	96,3	0,005
Taip	10	33,3	1	3,7	
Pagrindinių valgymų skaičius per dieną					
< 3 valgymai	4	13,3	2	7,4	0,346
3 valgymai	18	60,0	13	48,1	
> 3 valgymai	8	26,7	12	44,4	
Užkandžiamų skaičius per dieną					
Neužkandžiauja	2	6,7	1	3,7	0,882
< 3 kartus	15	50,0	14	51,9	
> 3 kartus	13	43,3	12	44,4	
Gazuotų gėrimų vartojimų skaičius per dieną					
Nevartoja	4	13,3	5	18,5	0,809
< 3 kartus	19	63,3	15	55,6	
> 3 kartus	7	23,3	7	25,9	

į HSV iš tolimesnių ir mažiau išsivysčiusių šalių [14,15].

Analizuojant ėduonies rizikos veiksnius ir lyginant juos tarp tiriamųjų grupių, duomenys yra prieštaringi: nors ėduonies intensyvumas tarp HSV pieniniame sąkandyje buvo mažesnis, bet jie buvo iš žemesnės SES šeimų, nenaudojo tarpdančių siūlo, jų burnos higiena mažai skyrėsi nuo bendraamžių sveikųjų. Galbūt įtakos turėjo mažas patogeninių bakterijų kiekis seilėse ir tai, jog atliekant statistinę duomenų analizę pieninio ir nuolatinio sąkandžio amžiaus vaikai nebuvo suskirstyti į atskiras grupes.

Mūsų gauti duomenys dar kartą patvirtina didelę pirminės burnos ligų profilaktikos svarbą ir verčia susimąstyti, kad siekiant pagerinti šio pažeidžiamo populiacijos segmento burnos sveikatą, reikėtų įtraukti hemofilijos centrus į intensyvios pirminės burnos ligų profilaktikos veiklą. Tiek burnos ligų profilaktika, tiek gydymas turėtų būti vykdomi laiku, lengvai prieinami šios grupės pacientams, ypač tiems, kurie gyvena toliau nuo didžiųjų miestų. Be to, reikėtų išsklaidyti mitus ir baimę, susijusius su HSA burnos ligų gydymu [6]. Svarbiausia, kad labiausiai pasaulyje paplitusių burnos ligų (ėduonies ir periodontito) sergant hemofilija galima išvengti taip pat sėkmingai, kaip ir esant sveikam [11].

Išvados

HA ir HB sergantys vaikai turėjo mažiau pieninių ėduonies pažeistų dantų negu to paties amžiaus ir gyvenamosios vietos sveikieji. Tiriant abiejų grupių tiriamųjų nuolatinį sąkandį, bendras ėduonies intensyvumas ir dantų gydymo reikmės statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

Literatūra

- Bolton-Maggs PH, Pasi KJ. Haemophilias A and B. *Lancet* 2003;361:1801-1809.
- Srivastava A, Brewer AK, Mauser-Bunschoten EP, Key NS, Kitchen S, Llinas A, Ludlam CA, Mahlangu JN, Mulder K, Poon MC, Street A. Guidelines for the management of hemophilia. *Haemophilia* 2013;19:1-47.
- Girolami A, Luzzatto G, Varvarikis C, Pellati D, Sartori R, Girolami B. Main clinical manifestations of a bleeding diathesis: an often disregarded aspect of medical and surgical history taking. *Haemophilia*, 2005;11:193-202.
- Schramm W, Gringeri A, Ljung R, Berger K, Crispin A, Bullinger M, et al. Haemophilia Care in Europe: the ESCHQoL study. *Haemophilia* 2012;18(5):729-737.
- White G, Rosendaal F, Aledort LM, Lusher JM, Rothschild C, Ingerslev J. Definitions in hemophilia. Recommendation of the scientific subcommittee on factor VIII and factor IX of the scientific and standardization committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. *ThrombHaemost* 2001;85:560.
- Brewer AK, Roebuck EM, Donachie M, et al. The dental management of adult patients with haemophilia and other congenital bleeding disorders. *Haemophilia* 2003;9:673-7.
- Rodriguez NI. Advances in Hemophilia: Experimental Aspects and Therapy. *Hematol Oncol Clin North Am* 2010; 24(1):181-198.
- Fiske JP-FH, Savidge GF, Smith MP. The expressed dental needs of patients attending a Haemophilia Reference Centre. *J Disabil Oral Health* 2000;1:20-5.
- Ziebolz D, Stuhmer C, Hornecker E, Zapf A, Mausberg RF, Chenot JF. Oral health in adult patients with congenital coagulation disorders – a case control study. *Haemophilia*, 2011;17(3):527-31.
- Kalsi H, Nanayakkara L, Pasi KJ, Bowles L, Hart DP. Access to primary dental care for patients with inherited bleeding disorders. *Haemophilia* 2012;18:510-515.
- Harrington B. Primary dental care of patients with haemophilia. *Haemophilia*. 2004;3:1-7.
- Boyd D, Kinirons M. Dental caries experience of children with haemophilia in Northern Ireland. *International Journal of Paediatric Dentistry* 1997;7:149-153.
- Sonbol H, Pelargidou M, Lucas VS, Gelbier MJ, Mason C, Roberts GJ. Dental health indices and caries-related mikroflora in children with severe haemophilia. *Haemophilia* 2001;7:468-474.
- Azhar S, Yazdanie N, Muhammad N. Periodontal status and IOTN interventions among young hemophiliacs. *Haemophilia* 2006;12:401-4.
- Kabil N, El Alfy M, Metwalli N. Evaluation of the oral health situation of a group of Egyptian haemophilic children and their re-evaluation following oral hygiene and diet education programme. *Haemophilia* 2007;13:287-292.
- Kamppi A, Tanner T, Pakkila J, Patinen P, Jarvelin MR, Tjaderhane L, et al. Geographical Distribution of Dental Caries Prevalence and Associated Factors in Young Adults in Finland. *Caries Res* 2013;47:346-54.
- Gao X, Man Lo EC, Ching Ching KS, Wai Chan KC. Motivational Interviewing in Improving Oral Health: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Periodontol* 2014;85(3):426-37.
- Lenander-Lumikari M, Loimaranta V. Saliva and dental caries. *Adv Dent Res*. 2000;14:40-47.
- Aleksejuniene J, Scheie AA, Holst D. Inter-individual variation in the plaque formation rate of young individuals. *Int J Dent Hyg* 2006;4:35-40.
- Adler N., Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL. et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist* 1994;49:15-24.

ORAL HEALTH AND ITS RISK DETERMINANTS IN CHILDREN WITH HAEMOPHILIA IN LITHUANIA

R. Žaliūnienė, J. Aleksejūnienė, V. Brukienė, V. Pečiulienė

Key words: haemophilia, overall caries experience, risk determinants.

Summary

Patients with haemophilia often face difficulties in accessing

primary dental care: they are at increased risk of spontaneous gum bleeding and significant bleeding from invasive dental procedures. Other of the known barriers is lack of confidence in the ability of dentists to manage patients with haemophilia.

The aim of this study was to examine the dental health and its determinants in Lithuanian children with haemophilia and to compare these findings to the general population.

Materials and methods. Two study groups were formed: a group of cases, children with haemophilia aged between 4-17 years and a group of controls, randomly selected healthy subjects matched for gender, age and place of residence. The Quantitative Plaque Percent Index (P% index), caries related microflora, stimulated salivary flow rate and buffer capacity, dmf(t), DMF(t) scores were calculated and analyzed. Dietary habits, frequency of tooth brushing, educational and economic level of the parents and type of haemophilia were determined by a questionnaire.

Results. Data were collected from 57 children among which 27 were children with haemophilia and 30 healthy controls. Children

with haemophilia had lower overall caries experience and less unmet dental treatment needs in deciduous dentitions as compared to their healthy counterparts, but were no differences between the study groups in permanent dentitions. Higher bacteriological counts were found in controls than in study group. Healthy children were from higher socio-economic status families than children with haemophilia.

Conclusions. Better dental health was observed in children with haemophilia in deciduous teeth as compared to healthy children. In permanent dentitions overall caries experience and unmet dental treatment needs did not differ between cases and controls.

Correspondence to: zaliuniene@gmail.com

Gauta 2014-11-17
