

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

“Затверджено”
на методичній нараді
кафедри стоматології
дитячого віку
завідувач кафедри
Микола ДМІТРІЄВ
«29» серпня 2023 р



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Тема: Хвороби тканин пародонта в дітей. Значення факторів ризику хвороб тканин парадонта в дітей. Клініка, діагностика, диференційна діагностика хвороб тканин парадонта в дітей

Актуальність: Серед хвороб тканин пародонта провідне місце посідають запальні захворювання, зокрема катаральний гінгівіт. Розповсюдженість даної проблеми зростає з віком: у 7 річних дітей клінічні прояви запалення в тканинах ясен спостерігаються у 16-55% випадків, у 10- річних - 69% випадків, у 12-ти річних - 77%. У дітей 15-17 років гінгівіт діагностується у 87% випадках. У дорослого населення найчастіше (90%) спостерігається хронічний катаральний гінгівіт (Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., 2008). Широке розповсюдження запальних захворювань пародонта, різноманітність їх клінічних форм обумовлені дією різних негативних факторів. Рання діагностика та своєчасне виявлення причинних факторів захворювання, проведення необхідних профілактичних заходів сприяє тому, що гінгівіт, на відміну від інших хвороб пародонта (генералізованого пародонтиту, ідіопатичних захворювань), можна успішно вилікувати. З цієї точки зору важливою є своєчасна діагностика та диференціація запальних захворювань від інших патологічних змін пародонта. Це забезпечує вибір етіологічно та патогенетично обґрунтованого лікування.

Контроль початкового рівня знань:

1. Що таке пародонт?
2. Анатомо-фізіологічні особливості будови тканин пародонта у дітей в різні вікові періоди.
3. Поширеність захворювань тканин пародонта.
4. Роль місцевих та загальних факторів у розвитку захворювань пародонта у дітей.
5. Методи діагностики захворювань тканин пародонта у дітей.
6. Індексна оцінка стану тканин пародонта у дітей.
7. Вибір засобів індивідуальної гігієни при захворюваннях тканин пародонта у дітей.
8. Види запалення (альтеративне, ексудативне, проліферативне).
9. Анатомо-фізіологічні особливості будови тканин пародонта у дітей різного віку.
10. Класифікація запальних уражень тканин пародонта у дітей.
11. Причини виникнення хвороб пародонта у дітей.
12. Індексна оцінка стану тканин пародонту.
13. Клінічні прояви катарального та гіпертрофічного гінгівіту у дітей.
14. Особливості лікування катарального та гіпертрофічного гінгівіту у дітей.
15. Анатомо-фізіологічні особливості будови тканин пародонту у дітей різного віку.
16. Класифікація хвороб пародонту.
17. Причини виникнення запальних захворювань тканин пародонту у дітей.
18. Індексна оцінка стану тканин пародонту.
19. Клінічні прояви гострого та хронічного катарального гінгівіту у дітей.
20. Схема лікування катарального гінгівіту у дітей.

ЗМІСТ

Патологія тканин пародонта в дітей залишається однією з найбільш важливих та складних проблем дитячої стоматології. Поширеність цієї патології серед дитячого населення складає 60- 80%, найчастіше трапляється гінгівіт.

Гінгівіт — це запалення ясен, зумовлене несприятливим впливом місцевих і загальних чинників, перебіг якого не супроводжується порушенням цілісності зубоясенного з'єднання.

Хронічний катаральний гінгівіт є найпоширенішою формою гінгівіту серед дітей. Гострий катаральний гінгівіт виникає на тлі гострих інфекційних хвороб (кору, скарлатини, дифтерії, ГРВЗ та ін.).

За локалізацією гінгівіт поділяється на локалізований і генералізований.

Для гострого катарального гінгівіту характерними є ознаки ексудативного запалення. Діти скаржаться на біль, печію, припухлість та кровоточивість ясен. При об'єктивному обстеженні виявляються набряк і гіперемія ясен. Внаслідок набряку змінюється рельєф ясен — вони набувають куполоподібної форми, при пальпації болючі, кровоточать.

При хронічному катаральному гінгівіті діти скаржаться на незначні больові відчуття в яснах, їх набряк і напруженість, кровоточивість під час вживання твердої їжі та чищення зубів щіткою. Об'єктивно у хворих на хронічний катаральний гінгівіт виявляються набряк, гіперемія ясен з ціанотичним відтінком. Спостерігається зміна рельєфу ясенного краю у вигляді валикоподібного стовщення.

Перебіг хронічного катарального гінгівіту може бути також безсимптомним або характеризується симптомами, які мало турбують дитину, наприклад, кровоточивістю ясен під час чищення зубів. Тому захворювання частіше виявляються під час лікування карієсу та його ускладнень або при планових оглядах дітей і підлітків в організованих колективах.

При диференційній діагностиці хронічного катарального гінгівіту слід враховувати значну подібність його клінічних проявів до ранніх симптомів хронічного гіпертрофічного гінгівіту та генералізованого пародонтиту. Однак, в основі гіпертрофічного гінгівіту лежить гіперплазія слизової оболонки ясен, яка приводить до її збільшення. Ведучими диференційно- діагностичними ознаками генералізованого пародонтиту є рентгенологічні зміни: початкова резорбція та остеопороз верхівки міжзубних перегородок, а також розширення періодонтальної щілини в пришийковій ділянці.

Лікування катарального гінгівіту полягає, насамперед, у виявленні та усуненні етіологічного чинника.

Схема лікування катарального гінгівіту у дітей:

1. Професійна гігієна порожнини рота та навчання методів індивідуального догляду за порожниною рота, гігієнічний контроль за їх виконанням та рекомендації відносно вибору гігієнічних засобів.

2. Усунення місцевих сприятливих чинників (лікування карієсу, корекція аномалій прикріплення м'яких тканин присінку порожнини рота та порушень прикусу).
3. Антибактеріальна терапія (антисептики, препарати групи нітромідазола).
4. Протизапальна терапія (середники рослинного походження, нестероїдні протизапальні препарати, інгібітори протеолітичних ферментів).
5. Фізіотерапія.
6. Підтримуюча терапія кожні 3-6 міс.
7. Консультація та лікування у педіатра або інших спеціалістів.

Одним з перших етапів лікування є проведення професійної гігієни порожнини рота. Спочатку видаляють немінералізований зубний наліт, який переважає у дітей в період тимчасового і змінного прикусу. Чищення вестибулярних і оральних поверхонь проводять за допомогою торцевих щіток та абразивних паст (у дітей використовують пасти середнього ступеня зернистості, з розміром частинок наповнювача 40-70 мкм). Видалення м'якого нальоту з контактних поверхонь проводять флосами.

Для зняття твердих зубних відкладень у змінному прикусі використовують ручні скейлери. З цією метою при гінгівіті застосовують різні модифікації серповидних скейлерів (гачків).

В постійному прикусі видалення масивних твердих зубних відкладень можна починати з використання механічних скейлерів: звукових, ультразвукових. *Необхідно пам'ятати, що в підлітковому віці механічні скелери не рекомендують застосовувати до завершення мінералізації коронкової частини і формування коренів постійних зубів.*

На заключному етапі професійної гігієни порожнини рота необхідно провести полірування зубів. З цією метою використовують полірувальні гумові ковпачки і дрібнодисперсні пасти (з розміром частинок 1-2 мкм).

Професійну гігієну порожнини рота слід поєднувати з антисептичною обробкою. Найбільш ефективну антибактеріальну дію мають хлорвмісні антисептики: хлоргексидин, триклозан, мірамістин та ін. Їх застосовують у вигляді полоскань, ірригацій ясенних кишень і порожнини рота.

Хлоргексидин володіє бактерицидною дією на численні вегетативні форми грампозитивних і грамнегативних мікроорганізмів, факультативні анаероби, а також дріжджоподібні гриби. У низьких концентраціях (0,02-0,05%) хлоргексидин викликає бактеріостатичний ефект, а у високих (0,12-0,2%) — коагуляцію протоплазми і загибель бактеріальних клітин.

Препарати "Стоматидин" та "Гівалекс", складовою яких є гекситидин, також характеризуються широким спектром антимікробної і протигрибкової дії. Окрім того, "Стоматидин" має в'яжучий і протизапальний ефект.

Інший хлорвмісний антисептик — мірамістин впливає на різні види аеробних і анаеробних мікроорганізмів, спірохети, гриби та ін. Препарат також стимулює активність імункомпетентних клітин, призводить до репарації і регенерації тканин.

Поряд з хлорвмісними засобами застосовуються також інші групи антисептиків: похідні нітрофурану (0,02% розчин фурациліну, 0,1% розчин фурагіну), окислювачі (3% розчин перекису водню), а також препарати рослинного походження (настоянка календули, евкаліпта, ромазулан та ін.).

При гострому перебігу запального процесу місцеве лікування спрямовано на зменшення набряку, гіперемії, кровоточивості ясен. З цією метою застосовуються засоби рослинного походження, які мають протизапальну та антисептичну дію. До них відносять: листя шалфею, квітки ромашки або ромазулан, траву звіробою, корневище зміїовика та інші трави. Їх використовують у вигляді полоскань, зрошень і ротових ванночок.

Якщо запалення не блокується, необхідно додатково використати НПЗП – мефенаміну натрієву сіль (1% паста, 0,1-0,2% водний розчин), диклофенак-натрій (1% желе "Диклоран", 1% емульгель "Вольтарен"), піроксикам (1% крем) та ін.

При лікуванні дітей з хронічним катаральним гінгівітом, особливо при генералізованому ураженні, в комплексі з антисептиками бажано призначати похідні нітроїмідазолу – метронідазол. Препарат має антибактеральні властивості щодо анаеробних пародонтопатогенних мікроорганізмів. Антимікробна дозована дія метронідазолу безпосередньо у вогнищі ураження досягається шляхом його іммобілізації на біополімерній матриці. Таку дію має 25% ліпідний гель "Елізол" і плівка "Диплен дента М".

Найбільш ефективним на сьогоднішній день вважається поєднання похідних нітроїмідазола з хлорвмісними антисептиками. Одним з таких комплексних препаратів є гель "Метрогіл-дента", який містить два активних компонента: метронідазолу бензоат і хлоргексидин. Його застосовують у вигляді аплікацій на слизову оболонку ясен або інстиляцій в зубоясенну борозну не менш, ніж 2 рази на добу впродовж 20-30 хв.

При лікуванні хронічного та загострення хронічного катарального гінгівіту середнього і важкого ступеня поряд з НПЗП застосовують інгібітори протеолітичних ферментів. До них відносять: апрокал, контрікал, трасілол, параамінометилбензойна кислота (ПАМБА) та ін.

Для покращення репаративних процесів призначають кератопластики: масляні розчини вітамінів А і Е, масло шипшини, обліпихи, каратолін у вигляді аплікацій або ультрафонофорезу.

З фізіотерапевтичних методів для лікування хронічного катарального гінгівіту застосовують гідротерапію з вуглекислим газом впродовж 10 хв. щоденно або через день, всього 10-15 сеансів. Застосовують також електрофорез 1% розчину галаскорбіну або 5% розчин аскорбінової кислоти в поєднанні з 1% розчином нікотинової кислоти. Курс лікування складає 10 сеансів.

Наявність рентгенологічної симптоматики при тривалому перебігу хронічного катарального гінгівіту є показом до призначення електрофорезу з препаратами кальцію і фтору. Для ліквідації явищ остеопорозу застосовують 10% розчин кальцію глюконату або 2,5% розчин кальцію гліцерофосфату, всього 5-6 сеансів. В якості каталізатора процесів ремінералізації кісткової тканини застосовують 1% розчин натрію фториду протягом 4-5 днів.

Профілактика гінгівіту полягає у своєчасній санації порожнини рота, раціональному гігієнічному догляді за нею, ліквідації аномалій прикусу, а також лікуванні хронічних загальносоматичних захворювань.

Гіпертрофічний гінгівіт — це хронічний проліферативний процес, який супроводжується розростанням волокнистих елементів сполучнотканинної основи ясен та проліферацією базального шару епітелію. Розрізняють дві клінічні форми: фіброзну і гранулюючу. Остання форма найчастіше діагностується в підлітковому віці. Важливе значення при цьому має порушення функції статевих залоз в препубертатному та пубертатному віці, особливо у дівчат.

Причиною виникнення гіпертрофічного гінгівіту може бути також прийом протисудомних препаратів при лікуванні епілепсії.

Гіперплазія слизової оболонки ясен у фронтальній ділянці щелеп частіше виникає при наявності скупченості зубів, аномаліях прикріплення м'яких тканин присінку порожнини рота.

Гіпертрофічний гінгівіт у дітей має переважно хронічний перебіг. Діагностується також період загострення та ремісії.

Розрізняють три ступені гіпертрофії слизової оболонки ясен. При I ступені збільшення ясенних сосочків сягає не більше 1/3 висоти коронок зубів. При II ступені відмічається їх розростання до половини висоти коронок. При III ступені гіпертрофія ясенних сосочків перевищує 2/3 висоти коронкової частини і може досягати ріжучого краю або жувальної поверхні зубів.

При *гранулюючій* формі гіпертрофічного гінгівіту діти скаржаться на розростання, болючість і кровоточивість ясен під час чищення зубів або прийому твердої їжі.

Об'єктивно: набряк, гіперемія і ціаноз вестибулярної поверхні слизової оболонки ясен. Ясенні сосочки збільшені в розмірах, розрихлені, мають заокруглену або неправильну форму, легко кровоточать при дотику. Відмічається також нерівномірна фестончастість маргінального краю, особливо при гіпертрофії II – III ступеню.

Внаслідок гіпертрофії і набряку слизової оболонки ясен формуються несправжні пародонтальні кишені. Їх глибина залежить від вираженості проліферативних змін. Цілісність зубоясенного з'єднання не порушена. Пришийкова частина зубів, особливо в ділянці ураження, вкрита м'яким зубним нальотом через утруднений догляд за ротовою порожниною. Можуть також спостерігатися відкладення над- і під'ясенного зубного каменю.

Найтяжчі прояви гіпертрофічного гінгівіту зустрічаються у дітей, які хворіють на епілепсію та приймають протисудомні препарати. Проліферація ясен спостерігається як з вестибулярної, так і оральної сторони.

Загострення гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту характеризується посиленням гіперемії, набряку і кровоточивості слизової оболонки.

При *фіброзній* формі гіпертрофічного гінгівіту діти скарг не мають (особливо при легкому ступені) або скаржаться на незвичний вигляд ясен за рахунок їх збільшення і зміни конфігурації. Колір слизової оболонки практично не

змінений, ясна блідо-рожевого кольору, збільшені, ущільнені, не болючі при пальпації, без ознак кровоточивості.

При тривалому перебігу гіпертрофічного гінгівіту, особливо за наявності місцевих чинників ризику, рентгенологічно може визначатися остеопороз верхівок міжальвеолярних перегородок без деструкції кортикальної пластинки.

Диференційну діагностику проводять з хронічним катаральним гінгівітом, фіброматозом ясен і лейкоемічними інфільтратами в слизовій оболонці ясен при захворюваннях крові.

Лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту залежить від етіологічних чинників, клінічної форми та перебігу, а також ступеню гіперплазії ясен. Якщо гіпертрофічний гінгівіт розвинувся в пубертатному періоді на фоні дисбалансу статевих гормонів, то дитину скеровують до дитячого гінеколога, якщо причиною є прийом протисудомних препаратів, план лікування пацієнта необхідно узгодити з лікарем-психоневрологом.

Схема лікування *гранулюючої* форми гіпертрофічного гінгівіту:

1. Професійна гігієна порожнини рота (проводиться ручними або ультразвуковими скейлерами з попереднім знеболенням слизової оболонки ясен (10% гель лідокаїну, гель "Камістад").

2. Антибактеріальна терапія (використовуються переважно хлорвмісні препарати – хлоргексидин, гекситидин; похідні нітроїмідазолу – метронідазол; а також поєднані комплексні препарати – гель "Метрогіл-дента"; рослинні препарати – ромазулан, хлорофіліпт, настойка календули, евкаліпту).

3. Протизапальна терапія застосовується для ліквідації запального процесу (використовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) – мефенамінову пасту, желе "Диклоран", емульгель "Вольтарен" і засоби рослинного походження – траву звіробою, кору дуба, листя шалфею).

4. Склерозуюча терапія проводиться після зменшення ознак запалення – набряку, гіперемії та кровоточивості ясен (при гіпертрофії I–II ступеню використовують засоби рослинного походження – чистотіл, мараславін і біогенні препарати – бефунгін, також ефективним є використання 10% розчину кальцію хлориду у вигляді електрофорезу, 8-10 сеансів; при II–III ступені гіпертрофії ясен доцільно використовувати електрофорез з ферментними препаратами, зокрема, з ліпазою в буферному розчині рН-5,2, курс лікування 15-20 сеансів; для регуляції метаболізму тканин пародонта і покращення мікроциркуляції призначають гепарин у вигляді аплікацій на слизову оболонку або електрофорезу; вакуум-масаж, 6-10 процедур через день; гідротерапію з вуглекислим газом, 10 сеансів; при гіпертрофічному гінгівіті III ступеню необхідно використовувати деструктивні методи: кріодеструкцію, діатермокоагуляцію).

5. Фізіотерапія.

6. Навчання методів індивідуального догляду за порожниною рота, гігієнічний контроль за їх виконанням і рекомендації стосовно вибору засобів гігієни ротової порожнини.

7. Усунення місцевих чинників, що можуть сприяти розвитку гіпертрофічного гінгівіту.

8. Підтримуюча терапія кожні 3-6 місяців (обов'язковий контроль якості гігієнічного догляду за порожниною рота та професійна гігієна, використання антибактеріальної, протизапальної, склерозуючої терапії, а також фізіотерапевтичних і хірургічних методів лікування залежить від стадії розвитку захворювання, ступеню гіпертрофії і характеру перебігу).

9. Консультація та лікування у дитячого гінеколога, психоневролога, ендокринолога та інших спеціалістів.

Схема лікування *фіброзної* форми гіпертрофічного гінгівіту:

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Антисептична обробка порожнини рота.
3. Склерозуюча терапія.
4. Фізіотерапія.
5. Навчання правилам догляду за порожниною рота.
6. Санація порожнини рота.
7. Ортодонтичне лікування (за показами).

За відсутності ознак запалення при фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту протизапальну терапію не проводять. При гіпертрофії I ступеню використовують засоби склерозуючої дії, при гіпертрофії II — III ступеню рекомендовано хірургічне лікування.

Виразковий (виразково-некротичний) гінгівіт — це запальний процес у слизовій оболонці

ясен, який характеризується переважанням альтеративного компоненту, порушенням цілісності та некрозом тканин. Спостерігається рідше, ніж інші форми гінгівіту.

В етіології провідну роль відіграє фузоспірилярний симбіоз: фузобактерії (грамнегативні анаеробні палички) і спірохети. Гострий виразково-некротичний гінгівіт розвивається, як правило, на тлі зниження імунологічної реактивності організму внаслідок перенесених гострих респіраторно-вірусних захворювань, інфекційних захворювань бактеріальної етіології, при гострому герпетичному стоматиті, а також при дефіциті аскорбінової кислоти. Розвитку захворювання сприяє зниження місцевого імунітету ротової порожнини, наявність локальних травмуючих чинників, відсутність гігієнічного догляду за порожниною рота.

Виразковий гінгівіт має, як правило, гострий перебіг. В залежності від поширеності процесу і вираженості загальних клінічних проявів розрізняють легкий, середній і важкий ступінь захворювання.

В продромальному періоді (1-2 доби) у дитини спостерігається підвищення температури тіла до 37-38 °С, слабкість, головний біль, втрата апетиту, порушення сну. В порожнині рота спочатку спостерігаються ознаки гострого катарального гінгівіту: набряк, гіперемія і кровоточивість слизової оболонки ясен. Згодом на тлі виражених катаральних змін виникає некроз ясенних сосочків і маргінального краю.

Діти скаржаться на виражену болючість та кровоточивість ясен, які посилюються при вживанні їжі, гнилісний запах з рота, підвищене слиновиділення.

Початок захворювання проявляється ураженням слизової оболонки ясен у ділянці 1-3 зубів, що відповідає *легкому ступеню важкості*. На поверхні ясен на тлі набряку і вираженої гіперемії спостерігається брудно-сірий некротичний наліт. Після його видалення оголюється різко болюча кровоточива виразкова поверхня. Ясенні сосочки втрачають конічну форму, ущільнюються. Відмічається субфебрильна температура тіла і помірні ознаки інтоксикації. Через виражену болючість уражених ділянок діти можуть тримати рот напіввідкритим.

Спостерігається значна кількість м'якого зубного нальоту, дуже неприємний запах з ротової порожнини, підвищене слиновиділення, а також збільшення регіонарних лімфовузлів.

Середній ступінь важкості характеризується дифузним поширенням процесу вздовж ясенного краю, вищою температурою тіла (від 37,5 до 39 °C) і наростанням ознак інтоксикації. У дитини може порушуватись сон, виникнути нудота і розлад травлення. При прогресуванні процесу міжзубні сосочки можуть повністю некротизуватися. В такому випадку слизова оболонка ясен відновлюється лише частково.

Важкий перебіг гострого виразково-некротичного гінгівіту спостерігається, як правило, у ослаблених дітей. Некроз може поширюватись на альвеолярну частину ясен та інші відділи слизової оболонки порожнини рота: губи, щоки і піднебіння. Деколи захворювання розпочинається з ураження ретромолярних ділянок і піднебінних мигдаликів (ангіна Венсана). Загальний стан таких пацієнтів значно порушений внаслідок підвищення температури тіла (більше 39°C) і важкої інтоксикації.

Тривалість періоду виражених клінічних проявів при гострому виразковому гінгівіті складає, в середньому, від 7 до 10 днів, в залежності від ступеню важкості захворювання, своєчасності та якості надання допомоги.

Рентгенологічні зміни в тканинах пародонту при гострому перебігу виразково-некротичного гінгівіту відсутні.

Диференційну діагностику гострого виразкового гінгівіту проводять з некротичними змінами слизової оболонки ясен при ідіопатичних захворюваннях з прогресуючим лізисом тканин пародонту (спадкова нейтропенія, гістіоцитози), а також при захворюваннях крові (лейкозах).

Лікування залежить від особливостей патогенезу, ступеню важкості, характеру перебігу процесу і віку дитини.

Місцеве лікування:

1. Знеболення (10% гель лідокаїну, гель "Камістад" або інші анестетики у вигляді аплікацій).
2. Видалення некротизованих тканин (аплікації протеолітичних ферментів — трипсин, хімотрипсин, терилітин 1-2 рази на день, мазь "Лінгезин", що, крім ферменту, містить ще й антибіотик; антисептики — хлоргексидин, гекситидин).
3. Після зняття некротизованих тканин проводиться антибактеріальна терапія (метронідазол або комплексні засоби, що містять хлоргексидин і метронідазол "Метрогіл-дента"; при важкому перебігу виразкового процесу доцільно використовувати антибіотики

широкого спектру дії — лінкоміцин, тетрациклін, у вигляді інстиляцій або аплікацій).

4. Протизапальна терапія (НПЗП — 0,1-0,2% водний розчин мефенаміну натрієвої солі, 1% гель або желе "Диклоран", 1% емульгель "Вольтарен", засоби рослинного походження — квіти ромашки, календули, шалфей, листя кропиви, штучний лізоцим "Лісобакт").
5. Після очищення поверхні від некротизованого та фібринозного нальоту та після зняття гострого запалення необхідно використовувати кератопластичні засоби (масляні розчини вітаміну А і Е, полівітамінний комплекс "Аевіт", олія шипшини, каратолін, олія обліпихи, а також біогенні стимулятори: сік каланхое, желе "Солкосерил", їх використовують у вигляді аплікацій).
6. Навчання методів індивідуального догляду за порожниною рота, гігієнічний контроль за їх виконанням і рекомендації по вибору засобів гігієни.
7. Усунення місцевих чинників, що сприяють розвитку виразково-некротичного гінгівіту (проводиться після завершення епітелізації тканин).

Загальне лікування при легкому ступені важкості гострого виразкового гінгівіту полягає у знятті явищ інтоксикації в домашніх умовах (багаторазове пиття вітамінізованої та обволікаючої рідини — яблучно-морквяний сік, ягідний або молочний кисіль, морс). Їжа повинна бути енергетично повноцінна, м'якої консистенції (гречана, вівсяна каші), білкова їжа, яка легко засвоюється (риба, м'ясо птиці), обмежене вживання рафінованих вуглеводів. Також призначають перорально комплексі вітамінні препарати, які містять аскорбінову кислоту, вітаміни А, Р, Е і групи В ("Декамевіт", "Макровіт", "Вітрум").

Якщо у дитини спостерігаються підвищення температури більше ніж 38-38,5С призначають НПЗП згідно віку (парацетамол, нурофен).

При середньо-важкому перебігу захворювання перорально призначають похідні нітроїмідазолу: метронідазол, трихопол або метрогил протягом 5-10 днів у відповідності до віку.

При тяжкому перебігу гострого виразкового гінгівіту лікування проводиться в умовах стаціонару разом із педіатром. Призначається дезінтоксикаційна терапія з використанням сольових та плазмозамінних розчинів (натрію хлорид, реополіглюшн, неогемодез). Парентерально або перорально призначають препарати групи нітроїмідазолу, антибіотики широкого спектру дії.

Пародонтит – це хвороба, за якої запалення поширюється з ясен на інші тканини пародонта. За поширеністю розрізняють локалізований та генералізований пародонтит.

Локалізований пародонтит характеризується обмеженою прогресуючою

деструкцією періодонту і кісткової тканини міжзубних перегородок; локалізується в ділянці окремих або групи зубів (частіше фронтальної). За

етіологією чинники хвороб пародонта поділяють на місцеві та загальні. Але цей розподіл є умовним, оскільки етіологічні чинники тісно пов'язані між собою та організмом дитини.

Важкість патологічного стану у тканинах пародонту у певній мірі залежить від наявності загальносоматичних захворювань (ендокринні порушення, нервово-трофічні розлади, хвороби шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні хвороби), фізіологічних та патологічних змін в загальному стані організму дитини (порушення обміну речовин; гормональні дисфункції в пубертатний період; гіповітаміноз вітамінів групи В, аскорбінової кислоти, токоферолу, ретинолу, кальциферолів).

Клінічна картина локалізованого пародонтиту зумовлена проявами цієї форми гінгівіту, що супроводжує пародонтит і є початком його розвитку. Найчастіше, у 58% випадків, локалізований пародонтит виникає у дітей з катаральним гінгівітом. Якщо запальний процес прогресує, то поступово формуються дистрофічні зміни в тканинах пародонту – порушення цілості зубоясенного сполучення, формування пародонтальної кишені, остеокластичної резорбції коміркового відростка.

Перебіг: гострий, хронічний, загострення, абсцес, ремісія.

Місцеве лікування локалізованого пародонтиту починають із нормалізації порушених функцій, навчання методиці клінічного догляду за ротовою порожниною.

Потрібно видалити зубні відкладення, провести симптоматичне лікування гінгівіту. Зміни в кістковій тканині пародонта зумовлюють призначення електрофорезу 2,5% розчину кальцію гліцерофосфату, 5% розчину кальцію хлориду, 1-2% розчину натрію флориду.

Електрофорез цих препаратів поліпшує мінеральний обмін, зменшує остеопороз кісткової тканини.

Генералізований пародонтит у дітей виникає як наслідок довготривалого хронічного перебігу гінгівіту, а також на тлі соматичних захворювань – цукровий діабет, спадкова нейропенія, гістіоцитоз, долонно-підшвенний дискератоз, хронічна анемія

(Т.Ф.Виноградова, 1987; Л.О. Хоменко, 2007) .

При генералізованому пародонтиті проявляються такі ознаки як симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишені, прогресуюча резорбція коміркового відростка, травматична оклюзія. Вираженість цих ознак залежить від перебігу патологічного процесу.

В залежності від перебігу патологічного процесу виділяють легкий, середньотяжкий та тяжкий ступінь захворювання; хронічний та загострений його перебіг.

Лікування генералізованого пародонтиту має бути комплексним і включати загальні та місцеві його види. Загальне лікування залежить від наявності

соматичного захворювання у дитини, тому проводиться спільно з педіатром, ендокринологом, імунологом та іншими спеціалістами. Місцеве лікування полягає: в усуненні місцевих подразників (зубні нашарування, каріозні порожнини, травматична оклюзія, патологія прикусу, аномальне прикріплення м'яких тканин ротової порожнини); проведенні антибактеріальної терапії; протизапальної терапії; фізіотерапії; підтримуючої терапії кожні 3-6 міс.

Пародонтальні синдроми ПС (ідіопатичні захворювання пародонта, пародонтоліз) це синдроми, яким притаманний генетичний характер. Загальними особливостями змін у пародонті є прогресуючий перебіг гінгівіту, з швидким переходом у генералізований пародонтит, швидке формування пародонтальних кишень, патологічна рухомість зубів, схильність до утворення абсцесів, остеоліз кісткової тканини з утворенням кісткових кишень, лакун та швидке розсмоктування кістки. При виявленні ідіопатичних уражень тканин пародонта дитину необхідно обстежити у педіатра, гематолога, ендокринолога та інших спеціалістів.

До пародонтальних синдромів належать пародонтальний синдром при некомпенсованому інсулінозалежному цукровому діабеті, Пародонтальний синдром при спадковій нейтропенії, пародонтальний синдром при гістіоцитозах (еозинофільна гранульома (хвороба Таратінова), хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена, хвороба Леттерера-Сіве, хвороба Гоше, хвороба Німанна-Піка), синдром Папійона-Лефевра, пародонтальний синдром при гіпоімунглобулінемії.

При розгляді даної теми викладач звертає увагу лікарів-інтернів на особливості клінічного перебігу пародонтальних синдромів, на вмінні проводити диференційну діагностику синдромів з самостійними формами патології пародонту та між собою. Наголошує на важливості раннього виявлення даної патології і тісної співпраці лікаря-стоматолога з іншими спеціалістами (гематологами, ендокринологами), адже нерідко перші ознаки захворювання можуть проявлятися в порожнині рота. Так, при некомпенсованому цукровому діабеті одною з перших ознак є симптом гінгівіту чи пародонтиту. При нейтропенії прорізування тимчасових зубів супроводжується виникненням виразковонекротичного гінгівіту. При частих запальних захворюваннях ЛОР-органів, частих ГРВІ, гнійничкових ураженнях шкіри, можна запідозрити нейтропенію або імунодефіцитні стани. При чому діагностувати лабораторно циклічну нейтропенію можна лише в період нейтропенічного кризу. Остаточно поставити діагноз можна лише на основі певних лабораторних досліджень крові, сечі, Rtg-знімків, гістологічних досліджень.

На занятті необхідно розібрати тактику лікаря-стоматолога при лікуванні дитини з даною патологією. Лікування має бути комплексним. Етіологічне лікування проводять педіатр, гематолог, ендокринолог, психоневролог, а лікар-стоматолог проводить симптоматичне лікування. Без етіологічного лікування, симптоматичне не має сенсу. Припинити повністю деструктивний процес при даній патології не вдається, але систематичне лікування у

стоматолога дає суб'єктивне покращення. По мірі втрати зубів показане знімне протезування.

Контроль рівня засвоєння знань:

1. Причини виникнення виразково-некротичного гінгівіту.
2. Клінічні прояви виразково-некротичного гінгівіту.
3. Діагностика виразково-некротичного гінгівіту.
4. Диференційна діагностика виразково-некротичного гінгівіту.
5. Особливості місцевого лікування виразково-некротичного гінгівіту.
6. Особливості загального лікування виразково-некротичного гінгівіту.
7. Класифікація захворювань тканин пародонта.
8. Причини виникнення гінгівіту у дітей.
9. Гострий катаральний гінгівіт. Клініка. Диференційна діагностика. Лікування.
10. Хронічний катаральний гінгівіт. Клініка. Диференційна діагностика. Лікування.
11. Фізіотерапевтичні методи лікування різних форм гінгівіту.
12. Профілактика захворювань тканин пародонта.
13. Причини виникнення гіпертрофічного гінгівіту.
14. Клінічні прояви гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту. Клінічні прояви фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту.
15. Диференційна діагностика гіпертрофічного гінгівіту.
16. Схема лікування фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту.
17. Схема лікування гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту.

Орієнтовані тестові завдання:

1. Хлопчик 14 років. Скарги на біль та кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: ясна в ділянці всіх зубів гіперемійовані, набряклі, РМА=67%, гігієнічний індекс Грін-Вермільона - 2,5. Попередній діагноз: загострення хронічного генералізованого катарального гінгівіту. З яким активним компонентом рекомендують зубну пасту в даному випадку?
А. Хлоргексидин
В. Гліцерофосфат кальцію
С. Монофторфосфат
Д. Вітаміни А, Д, Е
Е. Комплекс мікроелементів
2. Дитина 13 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів протягом 4 місяців. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, із ціанотичним відтінком. Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної — 4,5 бала, проба Шиллера-Писарева позитивна, РМА — 25%. Рентгенологічна картина альвеолярного відростка без змін. Який найбільш ймовірний діагноз?
А. Хронічний катаральний гінгівіт
В. Виразковий гінгівіт

- C. Гіпертрофічний гінгівіт
- D. Гострий катаральний гінгівіт
- E. Локалізований пародонтит

3. Під час профілактичного огляду у дівчинки 11 років виявлено незначну гіперемію та ціаноз ясен. Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної — 4,0 бали, проба Шиллера-Писарева позитивна. Визначте попередній діагноз.

- A. Хронічний катаральний гінгівіт
- B. Гіпертрофічний гінгівіт
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Виразково-некротичний гінгівіт
- E. Десквамативний гінгівіт

4. Хлопець 16 років проходить курс лікування хронічного катарального гінгівіту. Відмічається значна кількість м'яких зубних відкладень, висока швидкість їх утворення. Хворий навчений методиці чищення зубів. Який засіб для полоскання ротової порожнини доцільно рекомендувати у даному випадку?

- A. Хлоргексидин
- B. Мефенаміну натрієва сіль
- C. Перекис водню
- D. Фурацилін
- E. Диметилсульфоксид

5. У дитини 12 років під час профілактичного огляду в ділянці фронтальних зубів нижньої і верхньої щелеп виявлена застійна гіперемія і незначний набряк ясенного краю. Визначається періодична кровоточивість ясен під час чищення зубів. КПВ= 2. Які пасти слід рекомендувати для індивідуальної гігієни порожнини рота в даному випадку?

- A. Пасти з екстрактами трав
- B. Пасти з ферментами
- C. Пасти з амінофторидом
- D. Пасти з фторидом натрію
- E. Пасти зі сполуками кальцію

6. Дитина 15 років звернулась до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Зі слів пацієнта симптоми з'явилися пів року тому. Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперемована, пастозна, відзначається кровоточивість при дотику. Проба Шиллера-Писарева позитивна. Індекс РМА становить 70%. Індекс Федорова-Володкіної дорівнює 3 бала. На рентгенограмі фронтального відділу щелеп кортикальна пластинка збережена. Ймовірний діагноз?

- A. Хронічний генералізований катаральний гінгівіт
- B. Хронічний генералізований гіпертрофічний гінгівіт
- C. Гострий генералізований катаральний гінгівіт
- D. Хронічний генералізований пародонтит

Е. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту

7. Дитина 9 років скаржиться на набряк, печію та болючість ясен у фронтальній ділянці верхньої щелепи, кровоточивість їх під час чищення зубів та вживанні їжі. Об'єктивно: у ділянці верхніх фронтальних зубів ясна набряклі, форма ясен куполоподібна, при пальпації ясна болючі. Виявляються незначна кількість м'якого зубного нальоту. Індекс РМА — 28,4%. На рентгенограмі змін у кістковій тканині коміркового відростка не виявлено. Найбільш ймовірний діагноз?

- А. Гострий катаральний гінгівіт
- В. Гіпертрофічний гінгівіт
- С. Хронічний локалізований пародонтит
- Д. Хронічний катаральний гінгівіт
- Е. Хронічний генералізований пародонтит

8. Дівчинка 17 років скаржиться на збільшення ясенних сосочків, періодичну кровоточивість ясен під час приймання їжі, чищення зубів, яка з'явилась 1,5 року тому. Об'єктивно: підщелепні лімфовузли не збільшені, ясенні сосочки та ясенний край фронтальної ділянки нижньої щелепи гіперемовані, з ціанотичним відтінком, набряклі, з глянцевою поверхнею, вкривають коронки зубів на 1/3. На рентгенограмі альвеолярного відростка в ділянці 42, 41, 31, 32 зубів змін не виявлено. Який метод лікування слід використати?

- А. Консервативний
- В. Гінгівотомію
- С. Діатермокоагуляцію
- Д. Гінгівоектомію
- Е. Кріодеструкцію

9. У дівчинки 14 років скарги на естетичний дефект через наростання ясен на зуби. Турбує впродовж двох років. Під час огляду: коронки зубів верхньої та нижньої щелеп на 1/3 вкриті яснами, кровоточать при дотику. Визначаються ясенні кишені до 4 мм. Гігієнічний стан порожнини рота незадовільний, прикус ортогнатичний, на рентгенограмі патологічних змін в альвеолярній кістці не виявлено. Ваш попередній діагноз?

- А. Гіпертрофічний гінгівіт.
- В. Хронічний катаральний гінгівіт.
- С. Генералізований пародонтит.
- Д. Локалізований пародонтит.
- Е. Фіброматоз ясен.

10. Дівчинка 12 років з'явилась до лікаря-стоматолога з метою профілактичного огляду. Об'єктивно: зуби інтактні, прикус відкритий, слизова оболонка в ділянці папілярно- маргінального краю ясен гіперемована з ціанотичним відтінком, відмічається збільшення ясенних сосочків, які закривають 1/3 висоти коронки

фронтальних зубів верхньої щелепи, форма ясенних сосочків округла. Визначте попередній діагноз.

- A. Гіпертрофічний гінгівіт.
- B. Хронічний катаральний гінгівіт.
- C. Гострий катаральний гінгівіт.
- D. Фіброматоз ясен.
- E. Локалізований пародонтит.

11. Дитина 14 років скаржиться на кровоточивість ясен при чищенні зубів протягом року. Об'єктивно: ясенні сосочки набряклі, ціанотичні дещо збільшені в розмірах. Яке додаткове дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. Рентгенографія.
- B. Реопарадонтोगрафія.
- C. Проба Шиллера-Пісарєва.
- D. Загальний аналіз крові.
- E. Проба Ясиновського.

12. Дівчинці 15 років; скаржиться на розростання ясен в ділянці фронтальних зубів. Спостерігаються несправжні кишень, ясна пухкі, кровоточать. Встановлено попередній діагноз — гіпертрофічний гінгівіт. З чим найчастіше пов'язані проліферативні процеси в яснах дівчинки?

- A. Горманальною дисфункцією.
- B. Ендокринними порушеннями.
- C. Гіповітамінозом.
- D. Нервово-трофічними змінами.
- E. Захворюваннями органів травлення.

13. Дитині 14 років, встановлено діагноз — гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, середній ступінь важкості. Як часто повинен оглядати лікар-стоматолог дитину з таким діагнозом?

- A. 2 рази на рік.
- B. 1 раз на рік.
- C. 3 рази на рік.
- D. 4 рази на рік.
- E. 6 разів на рік.

14. Після проведення об'єктивного обстеження в стоматологічній клініці дитині 13 років поставлено діагноз: гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма. З чого необхідно починати лікування?

- A. Зняття зубних відкладень.
- B. Склерозуюча терапія.
- C. Стероїдні гормони.
- D. Електрофорез з гепарином.
- E. Лужні полоскання.

15. У хлопчика 14 років діагностовано локалізований гіпертрофічний гінгівіт в ділянці фронтальних зубів верхньої та нижньої щелеп, гранулююча форма. Прикус ортогнатичний. Глибина присінку порожнини рота 9 мм. Гігієнічний індекс за Федорово-Володкіною -

3. Дихання носове, шкідливих звичок не виявлено. Лікар-стоматолог провів професійну гігієну порожнини рота, місцеву антимікробну та протизапальну терапію. Яке місцеве лікування потрібно провести в подальшому?

- A. Склерозуюча терапія.
- B. Кюретаж кишень.
- C. Гінгівотомія.
- D. Фізіотерапія.
- E. Вестибулопластика.

16. Дівчинці 10 років було встановлено діагноз — гіпертрофічний гінгівіт середньої тяжкості (гранулююча форма). Прийом яких лікарських препаратів може викликати гіперплазію ясен?

- A. Протисудомні (дифеніл).
- B. Знеболюючі (анальгін).
- C. Вітаміни (аскорбінова кислота).
- D. Дисенсибілізуючі (димедрол).
- E. Антибактеріальні (пеніцилін)

17. Дівчинка 13 років звернулася зі скаргами на болючість та кровоточивість ясен. Захворіла 2 дні тому. Об'єктивно: дитина бліда, температура тіла 38,5 О С. Підщелепні лімфовузли зліва збільшені і болючі, не спаяні з підлеглими тканинами. Ясенні сосочки і крайова частина ясен у ділянці 33, 34, 35, 36, 37 зубів гіперемовані, з виразкуваннями, вкриті некротичним нальотом. На зубах відкладення м'якого зубного нальоту. Встановіть попередній діагноз.

- A. Виразково-некротичний гінгівіт.
- B. Гострий катаральний гінгівіт.
- C. Гіпертрофічний гінгівіт.
- D. Хронічний катаральний гінгівіт.
- E. Пародонтит.

18. Дитина 12 років скаржиться на біль в яснах та їх кровоточивість під час чищення зубів і вживання їжі, неприємний запах з рота. Протягом останнього тижня дитина хворіла на грип. Об'єктивно: слизова оболонка ясен в ділянці передніх зубів нижньої щелепи набрякла, гіперемована, кровоточить при дотику. Ясенні сосочки вкриті брудно-сірим нальотом, виразкуваті. Прикус глибокий. Відзначаються значні нашарування м'якого зубного нальоту. Визначте попередній діагноз.

- A. Виразково-некротичний гінгівіт.
- B. Катаральний гінгівіт.
- C. Гіпертрофічний гінгівіт
- D. Локалізований пародонтит.
- E. Генералізований пародонтит.

Список рекомендованої літератури

- 1.Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубєва І. М. та інш. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018.- 448 с.
2. Моделювання анатомічної форми зубів: підручник / П.С. Фліс, Т.М. Банних, А.М. Бібік, С.Б. Костенко. -2019, 352 с.
3. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. - 2018, 992 с.
- 4.Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. - 2018, 992 с.
5. Рожко М.М., Попович В.Д., Курєдова В.Д. Стоматологія: у 2 книгах. «Медицина», 2018 р., 992 с.
6. Ілько А.А. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реанімація: навчальний посібник (ВНЗ І-ІІІ р.а.). 2е вид. -2018. – 256 с.
- 7.Малик С.В. Хірургія для стоматологічних факультетів. -Нова книга.-2020. -440 с.
- 8.Профілактика стоматологічних захворювань: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л. Ф. Каськова, Л. І. Амосова, О. О. Карпенко [та ін.]; за ред. проф. Л. Ф. Каськової. — Х.: Факт, 2019. — 392 с.: іл. ISBN 978-966-637-697-1.
- 9.Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Халак Р.О. М 38 Дитяча хірургічна стоматологія: Навчальний посібник. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2018. – 92 с.
- 10.Казакова Р.В., Мельник В.С., Горзов Л.Ф. Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології : навч. посіб. / під ред. проф. Р.В. Казакової. – Ужгород : Говерла, 2018. – 128 с.
- 11.Обстеження дітей із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Затверджено Вченою Радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця як навчальний посібник для студентів, лікарів-інтернів стоматологічного факультету україномовної форми навчання вищих медичних навчальних закладів України III-IV рівня акредитації, щелепно-лицевих хірургів, хірургів-стоматологів, логопедів та лікарів-ортодонтів (протокол № 13 від 18 червня 2021 року) Автор: Яковенко Л.М., Чехова І.Л., Єфименко В.П. 2022р.
- 12.Борисенко А. В., Коленко Ю. Г., М'яківський К. О. Мікробна екологія пародонту в осіб молодого віку //Сучасна стоматологія. – 2018. – №. 5. – С. 28-31.9

Додаткова література:

1. Мочалов Ю.О. Перспективи подальшого вдосконалення стоматологічних фотокомпозитних пломбувальних матеріалів. Медична наука та практика: виклики та сьогодення. 36.тез міжнар.наук.-практ.конф. (м. Львів, 22-23 серпня 2019 р.). - 2019. -С. 39-41.
2. Ашаренкова О.В. Особливості своєчасної діагностики пухлиноподібних новоутворень на альвеолярних паростках щелеп (клінічний випадок) / О.В. Ашаренкова // Науково-практичний журнал Вісник стоматології. - 2020. – Т. 38. - № 4 (113). – С. 60-63.
3. Biloklytska Galyna F. Resources to improve the effectiveness of periodontal treatment in patients with diabetes mellitus / Galyna F. Biloklytska, Svitlana Yu. Viala // Wiadomości Lekarskie. – 2021. – – LXXIV. - ISSUE - 3. – Part – 2.– P. 702 – 708.
4. Kopchak Oksana Improvement of treatment guidelines for patients with gingival fibromatosis considering interdisciplinary approach / Oksana Kopchak, Oleksii Azarov, Svetlana Cherniak, Olha Asharenkova, Karolina Airapetian // Stomatologia Współczesna. - 2021. - Vol. 28. - № 1-2. – P. 21 – 27.