

Що потрібно знати педіатру про здоров'я ротової порожнини у дітей

Клінічне обстеження пацієнта під час його візиту до педіатра чи сімейного лікаря починається з огляду ротової порожнини. Лікар насамперед звертає увагу на стан слизової оболонки, язика. Проте не менш важливим є оцінювання стану зубів (як постійних, так і тимчасових) та тканин пародонту. Патологічні зміни з боку цих органів не повинні обмежуватися винятково компетенцією дитячого стоматолога. Педіатр як лікар первинної ланки має знати ключові анатомо-фізіологічні особливості твердих і м'яких тканин ротової порожнини, розуміти значення дотримання гігієни ротової порожнини для збереження здоров'я дитини, вміти своєчасно розпізнати патологію, призначити адекватне лікування або направити дитину до дитячого стоматолога.

Формування прикусу

Перші ознаки розвитку зубів з'являються на 6-7-му тижнях ембріогенезу. На момент народження малюка майже повністю сформовані коронки центральних тимчасових різців, меншою мірою — бічні різці, ікла, тимчасові моляри і медіально-щічні горбки перших постійних кутніх зубів. Емаль зубів формується з епітеліальних клітин; дентин, пульпа, цемент і періодонт утворюються з мезенхіми. Формування зубів відбувається одночасно з внутрішньоутробним розвитком всього організму та є чутливим до дії зовнішніх і внутрішніх факторів. На внутрішньоутробний розвиток зубів можуть вплинути хронічні захворювання матері, шкідливі звички. Порушення мінералізації емалі можуть виникнути у недоношених дітей і малюків, які перенесли захворювання у період новонародженості.

Важливим етапом розвитку тимчасових зубів є їх прорізування. Про нормальний перебіг цього фізіологічного процесу свідчать своєчасність, послідовність і парність прорізування зубів.

Своєчасність — прорізування тимчасових зубів починається на 5-6-му місяці життя, завершується у 2,5-3 роки.

Послідовність — першими прорізаються нижні центральні різці, потім — їх антагоністи, наступними — нижні бічні різці, за якими — верхні бічні різці. До 1 року прорізаються 8 різців. Пізніше з'являються перші моляри, ікла, другі великі кутні зуби.

Парність — у віці 2 роки (при пізньому прорізуванні зубів — у 3-3,5 року) в нормі у дитини мають прорізатися по 2 центральних і 2 бічних різці, по 2 ікла та по 4 кутні зуби на кожній щелепі (премоляри відсутні), що разом становить 20 зубів.

До 2-2,5 року також завершується формування коренів і періодонту тимчасових зубів. До 3 років проходить період стабілізації, під час якого формується повноцінний тимчасовий прикус. У цей період дитині важливо давати жувальні навантаження, щоб забезпечити нормальний розвиток жувального апарату.

Коректне прорізування зубів є важливим критерієм оцінювання здоров'я дитини.

При затримці, порушенні послідовності прорізування зубів педіатр повинен уточнити у батьків особливості харчування дитини, санітарно-гігієнічні умови, в яких вона перебуває, а також обстежити малюка на наявність інших системних захворювань (рахіт, розлади з боку шлунково-кишкового тракту тощо).

Після досягнення дитиною 3 років відбувається так званий період стирання тимчасових зубів, що є невід'ємною складовою фізіологічного розвитку жувального апарату. У віці 5-6 років у процесі росту зачатків постійних зубів і розсмоктування коренів молочних зубів тимчасовий прикус змінюється на постійний. Слід зазначити, що в період, коли тимчасові зуби перебувають на останніх стадіях свого розвитку, у щелепі уже наявні зачатки постійних зубів. Тобто, фактично у щелепі на різних стадіях

розвитку містяться близько 48-52 зубів. Період зміни тимчасового прикусу на постійний триває до 12 років та називається періодом змінного прикусу.

Незважаючи на те що молочні зуби змінюються на постійні, дотримання гігієни ротової порожнини та своєчасне лікування уражень зубів є важливими умовами забезпечення здоров'я дитини. Наліт на поверхні зубів, формування зубної бляшки є основними етіологічними чинниками пародонтиту — запалення тканин пародонту (складається з періодонту, кісткової тканини зубних комірок, ясен, цементу та кореня зуба), які оточують зуб. Крім того, діти належать до групи ризику виникнення запалення тканин пародонту, що зумовлено несприятливим станом під час прорізування зубів, незрілістю тканин пародонту та місцевого імунітету, змінами, які відбуваються в організмі в період статевого дозрівання.

Мікрофлора ротової порожнини

Протягом останніх років найвизначніші відкриття медичної науки пов'язані з вивченням взаємодії людського макроорганізму та мікроорганізмів. Ці відносини можуть принести організму як користь, так і шкоду.

Ротова порожнина посідає друге місце (після товстої кишки) за щільністю мікробного обсіменіння. У нормі у ротовій порожнині налічується від 300 до 700 різних видів бактерій. У 1 мл слини міститься близько 10^8 бактерій, а в 1 г зубного нальоту — до 10^{12} (А.П. Левицкий и соавт., 2008; Г.М. Флейшер, 2005). Ротова порожнина є сприятливим середовищем для росту та розмноження мікроорганізмів, оскільки тут присутні оптимальна вологість, температура, наявний кисень, слабколужний рН. Крім того, залишки їжі є субстратом для бактеріальної колонізації. Проте в межах одного біотопу слід виділяти суббіоти, котрі відрізняються за своїм кількісним і якісним складом: слизова оболонка (яка в свою чергу ділиться на біотоп слизової оболонки щік, ясен та язика), слина, зубна бляшка, пародонтальні кишені та протоки слинних залоз.

Видовий склад мікрофлори ротової порожнини включає аероби та факультативні анаероби (*Streptococcus salivarius*, *Streptococcus mitis*, сапрофітні нейсерії, лактобактерії, стафілококи, дифтероїди, пневмококи, сапрофітні мікобактерії, тетракоки, дріжджоподібні гриби, мікоплазми), облигатні анаероби (вейлонели, анаеробні стрептококи, бактероїди, фузобактерії, ниткоподібні бактерії, актиноміцети, анаеробні дифтероїди, спірили і вібріони, спірохети — сапрофітні борелії, трепонеми та лептоспіри), найпростіші (*Entamoeba gingivalis*, *Trichomona selongata*), транзитору мікрофлору (представники родів *Klebsiella*, *Escherichia*, *Aerobacter*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Alkaligenes*, а також *Bacillus* та *Clostridium*; Н.О. Савичук, 2018). Кожен із суббіотопів характеризується своїм унікальним мікробним пейзажем, зокрема зубні нашарування містять одонтогенну інфекцію, котра прискорює деструктивні

процеси в тканинах пародонту. Зубний наліт, який з часом трансформується в зубну бляшку та зубний камінь, належить до так званого первинного комплексу причин пародонтиту. Реалізації патогенних властивостей первинного комплексу сприяють компоненти вторинного комплексу, який включає місцеві та загальні чинники (зміна реактивності організму внаслідок порушення функції ендокринної, серцево-судинної, кровоносної систем; порушення функцій шлунково-кишкового тракту; гіповітаміноз, алергічні, інфекційні хвороби).

Пошкоджувальна дія бактерій зубної бляшки зумовлена синтезом ендо- та екзотоксинів, ферментів (колагенази, гіалуронідази, хондроїтинсульфатази, протеази), хемотоксичних чинників, антигенних субстанцій та вивільненням продуктів обміну, таких як аміак, індол, сірководень. Слід зазначити, що мікробний склад зубних нашарувань є динамічною системою, яка змінюється під впливом різних факторів (навіть у процесі життєдіяльності самих мікроорганізмів).

Найбільш карієсогенним мікроорганізмом є *Streptococcus mutans*. У результаті ферментації бактерією сахарози та фруктози виділяється молочна кислота, яка змінює рН ротової порожнини, перешкоджаючи росту та розмноженню облигатної флори, що супроводжується підвищенням проникності емалі. Крім того, поряд з *Streptococcus mutans* можуть співіснувати такі патогенні мікроорганізми, як *Candida albicans*, *Porphyromonas gingivalis* (збудник швидкопрогресуючого пародонтиту дорослих) тощо.

Варто наголосити, що між станом ротової порожнини та соматичним здоров'ям дитини існує тісний взаємозв'язок.

З одного боку, компоненти вторинного комплексу причин розвитку пародонтиту можуть спровокувати патогенну дію оральної мікрофлори, а з іншого — умовно-патогенні мікроорганізми ротової порожнини можуть спричинити низку соматичних захворювань. При порушенні місцевого бар'єра мікроорганізми можуть проникати в глибокі структури, викликати запалення та гіперсенсibilізацію організму. Крім того, у пацієнтів з ураженнями тканин пародонту виявляють антитіла до мікроорганізмів зубної бляшки.

При огляді ротової порожнини дитини педіатру необхідно звертати увагу не лише на слизову оболонку ротоглотки, мигдалики, а й на стан зубів, тканин пародонту. А оскільки сучасна медицина спрямована зокрема на профілактику захворювань і покращення якості життя пацієнтів, то навчання батьків та дітей правильного догляду за ротовою порожниною є невід'ємним аспектом роботи педіатра.

Стоматологічні захворювання

На превеликий жаль, в Україні рівень стоматологічного здоров'я дитячого населення дуже низький: поширеність карієсу у дітей досягає 72,3%, гінгівіту — 70-95%, пародонтиту — 4,1-16,4% (Н.О. Савичук, 2018).

Карієс — це патологічний процес, що розвивається після прорізування зубів і характеризується демінералізацією та руйнуванням твердих тканин зубів з подальшим утворенням дефекту у вигляді каріозної порожнини. Виникненню карієсу сприяють загальні (неповноцінне харчування, соматичні захворювання, дефіцит фтору) та місцеві чинники, серед яких вагома роль належить бактеріям зубної бляшки.

Якщо у більшості випадків неглибокого карієсу пацієнт не має скарг, то у разі запалення тканин пародонту можуть з'являтися такі симптоми, як кровоточивість ясен, помірне свербіння, набряк ясен, болючість, неприємний запах з рота. Як правило, найпершою реакцією ясен на запалення є розвиток гінгівіту, при поширенні патологічного процесу виникає пародонтит. Дистрофічні процеси тканин пародонту супроводжуються формуванням ясенних і пародонтальних кишень, які є важкодоступними для очищення, а тому в них накопичуються залишки їжі, формується новий мікробний суббіотоп, який може стати причиною пародонтиту.

Лікування запальних захворювань тканин пародонту

У розвитку захворювань тканин пародонту велике значення мають загальні та місцеві фактори. Оскільки зубна бляшка є основним етіологічним чинником пародонтиту, то базовими заходами у таких пацієнтів є професійне чищення зубів (видалення зубних нашарувань) і подальше дотримання гігієни ротової порожнини, усунення інших причин. Крім того, чинниками, що сприяють пародонтиту, можуть бути патологія прикусу, вроджені аномалії, травматичні оклюзії, які потребують ортодонтичного чи хірургічного лікування.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 31.08.2004 № 435 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча терапевтична стоматологія», першим етапом ведення педіатричних пацієнтів з пародонтитом є усунення місцевих етіологічних чинників: токсичної дії хімічних агентів, травматичних факторів, зубних нашарувань, лікування патологічних форм прикусу. Фармакотерапія включає місцеве застосування протимікробних, протизапальних засобів. При середньотяжкому та тяжкому пародонтиті призначають протеолітичні ферменти, проводять хірургічне лікування пародонтальних кишень.

У добу глобальної антибіотикорезистентності до вибору засобу з протимікробною дією слід підходити вкрай обережно. У лікуванні пародонтиту у дітей важливе значення мають місцеві антисептики. Уваги педіатрів заслуговує препарат Орасепт®, до складу якого входить низькоконцентрований (1,4%) водно-гліцеринний розчин фенолу. Серед переваг лікарського засобу слід виділити виражену бактерицидну дію (за рахунок проникнення молекул фенолу всередину бактеріальної клітини та денатурації внутрішньоклітинних білків патогенного агента), знеболювальний ефект, відсутність у складі додаткових компонентів (зокрема спирту і цукру) із подразливою дією на слизову оболонку, пом'якшувальну дію завдяки вмісту гліцерину, приємний вишневий аромат препарату, зручну упаковку (виготовлена з пластику, має короткий розпилювач). Спрей Орасепт® застосовують у дітей з 2 років.

Підготувала Ілона Цюпа





ПОЛЕГШУЄ БІЛЬ У ГОРЛІ



ЧИНИТЬ БАКТЕРИЦИДНУ
ТА ПРОТИГРИБКОВУ ДІЮ



ПОМ'ЯКШУЄ СЛИЗОВУ
ОБОЛОНКУ



ОРАСЕПТ®

ПОТРІЙНА* ДОПОМОГА ПРИ

БОЛЮ В ГОРЛІ

*антисептична, пом'якшуюча, анестезуюча

Реклама лікарського засобу. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. Повну інформацію про лікарський засіб наведено в інструкції для медичного застосування.
ТОВ «Байєр», 04071, м. Київ, вул. Верхній Вал, 4-Б. Реєстраційне посвідчення № UA/7397/01/01 від 29.11.2017 L.UA.MKT.CH.05.2019.0546