

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра стоматології дитячого віку

# **ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ**

Методична розробка  
до практичних занять  
з навчальної дисципліни



Одеса  
ОНМедУ  
2024



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра стоматології дитячого віку

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Доктор БУДЯЧКІВСЬКИЙ

2024 р.



# **ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ**

Методична розробка  
до практичних занять  
з навчальної дисципліни



Одеса  
ОНМедУ  
2024

**Укладачі:**

професор Оксана Деньга, професор Анастасія Деньга, професор Олександра Скиба, доцент Ірина Тарасенко, доцент Микола Коновалов, доцент Жанна Новікова, доцент Людмила Цевух, доцент Юрій Коваль, доцент Владислав Гороховський, доцент Катерина Шуміліна, асистент Олена Юдіна, асистент Аліна Осадча, асистент Сергій Шпак

**Рецензенти:**

**Володимир Горохівський**, професор, завідувач кафедри ортодонтії  
**Станіслав Шнайдер**, чл.-кор. НАМН України, професор, завідувач кафедри загальної стоматології

*Рекомендовано до друку  
Предметною цикловою методичною  
комісією зі стоматологічних дисциплін ОНМедУ  
Протокол № 4 від 8 лютого 2024 р.*

**Захворювання пародонта та слизової оболонки  
3-38 порожнини рота у дітей** [Електронне видання] : метод.  
розробка до практичних занять з навчальної дисципліни /  
уклад. : Оксана Деньга, Анастасія Деньга, Олександра  
Скиба [та ін.]. — Одеса : ОНМедУ, 2024. — 144 с.

Метою методичної розробки до практичних занять з навчальної дисципліни «Захворювання пародонта та слизової оболонки порожнини рота у дітей» є глибинне оволодіння навчальною дисципліною, удосконалення теоретичних знань та професійних компетентностей здобувачів вищої освіти у вивченні етіології, патогенезу, діагностики, диференційної діагностики, лікування та профілактики захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота у дітей. Це включає клінічні аспекти та лікування гінгівітів, пародонтиту, герпетичного стоматиту, інфекційних, грибкових та алергічних захворювань, а також захворювань, пов'язаних із кровотворною, шлунково-кишковою та ендокринною системами, захворювань губ та язика.

Для здобувачів вищої освіти стоматологічного факультету.

**УДК 616.31-08-039.71:616-053.4/.5**

© Укладачі: О. Деньга, А. Деньга,  
О. Скиба та ін., 2024

© Одеський національний  
медичний університет, 2024

## Практичне заняття № 1

**Тема:** Захворювання пародонту у дітей: етіологія, патогенез, особливості будови та функцій тканин пародонту у дітей. Методи діагностики захворювань тканин пародонту у дітей.

**Мета:** глибинне оволодіння навчальною дисципліною шляхом удосконалення теоретичних знань та професійних компетентностей здобувачів вищої освіти під час вивчення захворювань пародонту у дітей: етіології, патогенезу, особливостей будови та функцій тканин пародонту у дітей та методів діагностики захворювань тканин пародонту у дітей.

**Основні поняття:** особливостей клінічного перебігу захворювань тканин пародонту у дітей, а також особливостей загального і місцевого лікування цих захворювань, формування клінічного мислення лікаря-стоматолога дитячого і встановлення діагнозу, диференційної діагностики і лікування хвороб пародонту.

**Обладнання:** мультимедійний проєктор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження

### План

1. Організаційні заходи: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання особливостей клінічного перебігу захворювань тканин пародонту у дітей, а також особливостей загального і місцевого лікування цих захворювань, формування клінічного мислення лікаря-стоматолога дитячого і встановлення діагнозу, диференційної діагностики і лікування хвороб пародонту.

2. Контроль опорного рівня знань: фронтальне опитування здобувачів вищої освіти, спілкування з батьками дітей з метою збору анамнезу, клінічний огляд дітей, складання плану клінічного обстеження, дискусія щодо обґрунтування діагнозу. Контроль знань та вмінь базового обстеження в клініці дитячої стоматології.

*2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);*

Знати:

– Основні складові пародонта. Назвіть морфо-функціональні особливості тканин пародонта у дітей різного віку.

– Класифікація захворювань тканин пародонта (за ВООЗ).

– Які основні та додаткові методи застосовуються при обстеженні тканин пародонта у дітей? Опишіть методику визначення індексів РМА та СРІ.

– Вкажіть чинники, що призводять до розвитку гострого катарального гінгівіту у дітей та опишіть його клінічні ознаки.

– Назвіть чинники, що призводять до розвитку хронічних форм гінгівіту у дітей, та опишіть клінічні ознаки хронічного катарального гінгівіту у дітей.

– Які загальні та місцеві чинники призводять до розвитку хронічного гіпертрофічного гінгівіту? Опишіть клінічні ознаки фіброзної та гранулюючої форм гіпертрофічного гінгівіту.

– Вкажіть чинники та умови розвитку гострого виразкового гінгівіту у дітей. Опишіть клінічний перебіг цієї форми гінгівіту у дітей.

– Проведіть диференціальну діагностику між різними клінічними формами гінгівітів.

– Визначте лікувальну тактику при гострому катаральному гінгівіту у дітей. Які групи лікарських засобів застосовують для лікування гострого катарального гінгівіту у дітей? Механізм їх дії.

– Визначте лікувально-профілактичну тактику при хронічному катаральному гінгівіту у дітей. Які групи лікарських засобів застосовують для лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей? Механізм їх дії.

– Визначте лікувальну тактику при гіпертрофічному гінгівіту у дітей. Які групи лікарських засобів застосовують для лікування гіпертрофічного гінгівіту у дітей? Механізм їх дії.

– Визначте лікувальну тактику при гострому виразковому гінгівіту у дітей. Які групи лікарських засобів використовують для загального і місцевого лікування цієї форми гінгівіту у дітей? Механізм їх дії. Послідовність застосування.

– Вкажіть загальні та місцеві причини виникнення локалізованого і генералізованого пародонтиту у дітей. Назвіть основні клінічні та рентгенологічні ознаки пародонтиту у дітей.

– Проведіть диференційну діагностику між хронічними формами гінгівіту і пародонтитом.

– Визначте лікувальну тактику при генералізованому пародонтиті у дітей. Які групи лікарських засобів застосовують при лікуванні пародонтиту у дітей? Механізм їх дії.

– Назвіть засоби та методи профілактики захворювань тканин пародонта у дітей.

– Вкажіть основні клінічні ознаки та особливості ураження тканин пародонта при спадковій нейтропенії. Визначте лікувальну тактику.

– Назвіть варіанти клінічного перебігу еозинофільної гранульоми. Які порушення спостерігаються в тканинах пародонту? Визначте тактику лікаря-стоматолога.

– Назвіть основні клінічні прояви та особливості ураження тканин пародонта при хворобі Хенда-Шюллера-Крісчена. У чому полягає тріада Крісчена? Визначте тактику лікаря-стоматолога.

– Опишіть особливості професійної гігієни порожнини рота при гінгівіту у дітей та підлітків. Алгоритм виконання.

– Опишіть особливості професійної гігієни порожнини рота при пародонтиті у дітей та підлітків. Алгоритм виконання.

– Опишіть основні клінічні прояви та зміни у тканинах пародонта при синдромі Папійона-Лефевра і визначте тактику лікаря-стоматолога.

Зміст теми:

• **Гінгівіт** є найчастішою формою захворювання крайового пародонту в дітей.

У дітей серед усіх захворювань пародонта переважає катаральний гінгівіт (80-85 %), гіпертрофічний гінгівіт (10-12 %).

**Катаральний гінгівіт** може бути гострим (на фоні гострого інфекційного захворювання, наприклад) та хронічним. Хронічний катаральний гінгівіт має досить типову симптоматику, діти частіше не виказують скарг на біль, а при опитуванні відзначають наявність кровоточивості ясен під час чищення зубів. При об'єктивному огляді виявляється набряк, чи гіперемія, цианотичне фарбування ясен. При дотикі ясна кровоточать. Для об'єктивного виявлення симптому гінгіві-

ту застосовується фарбування ясен йод-йодистокалієвим розчином (проба Шиллера – Писарева), що дає найбільше точне уявлення про поширення запального процесу.

**Гіпертрофічний гінгівіт** частіше є генералізованим процесом, у більшості випадків вражаються фронтальні ділянки верхніх і нижніх щелеп. Скарги на свербіж, хворобливість, запах з рота, кровоточивість і «розпушення» ясен.

**Об'єктивно:** ясеневий край набряклий у значній мірі, зубо-ясенні сосочки збільшені, пухкі, кровоточать, під ними велике скупчення м'якого зубного нальоту. Забарвлення ясен синюшне. Таку картину має гранулююча форма гіпертрофічного гінгівіту. При фіброзній формі ясеневі сосочки і ясеневий край звичайного забарвлення, але значно збільшені у розмірах, деформовані, щільні, не кровоточать, під ясеневий камінь визначається інструментом. У дітей і підлітків спостерігаються і змішані форми гіпертрофічного гінгівіту, коли визначається і запалення і фіброзне розростання ясеневого краю.

Лікування гінгівіту проводиться з урахуванням етіології і патогенезу, клінічного перебігу і ступеня тяжкості захворювання. Тактика дитячого стоматолога полягає в комплексному лікуванні, що включає: усунення несприятливих факторів (видалення зубних відкладень, санація порожнини рота), навчання дитини гігієнічному нагляду з обов'язковим контролем, місцеву обробку лікарськими препаратами (антисептичними і протизапальними), фізіотерапію і вітамінотерапію.

**Місцеве лікування катарального гінгівіту:** гостре запалення передбачає знеболювання (анестезин пиромеканін 3-5 % у виді мазі), 1-2 % розчину лідокаїна. Застосування обволікаючих засобів рослинного походження – лист шавлії, рожі, ромашки і т.д. Рекомендується застосовувати і готові лікарські форми, що володіють протизапальною дією – ромазулан, настойка календули, евкаліпта, галаскорбін (комплексне з'єднання натрієвих солей аскорбінової і галлової кислот). При хронічному запаленні додатково призначають сангвиритрин у виді 1 % мазі і 1 % розчину, мефенамінату натрію 0,1-0,2 % водний розчин, з урахуванням віку дитини дають рекомендації по характеру харчування, що забезпечить функціональне навантаження на жувальний апарат, очищення зубів від м'якого нальоту.

З фізіотерапевтичних методів лікування при хронічному катаральному гінгівіті призначають гідротерапію з вуглекислим газом по 10 хвилин. Щодня 10-15 сеансів, електрофорез 1 % розчину галаскорбіна



чи 5 % розчину аскорбінової кислоти з 1 % розчином нікотинової кислоти (до 10 сеансів).

**Лікування гіпертрофічного гінгівіту** залежить від етіології, ступеня гіперплазії сполучної тканини ясен. Якщо причиною захворювання є порушення гормонального балансу, план лікування погоджують з педіатром чи ендокринологом. При обмеженому процесі усувають місцеві несприятливі фактори (аномалії прикусу, ортодонтичні апарати, пломби і т.д.). Місцева терапія полягає у призначенні нестероїдних протизапальних препаратів – 0,1 % розчин мефенаміна натрієвої солі, природні антибактеріальні препарати – квіти календули (настоянка), сальвін (0,1-0,25 % розчин водно-спиртової), що в'яжуть препарати – танін 1 %, кора дуба, квіти арніки, трава звіробою, лист кропиви, бефунгін, для склерозуючої терапії – мараславін.

**Ефективно фізіотерапевтичне лікування:** при гіпертрофії I ступеня Т.Ф. Виноградова рекомендує електрофорез 5 % йодиду калію щодня протягом 1-20 днів, а при II- III ступені – електрофорезу лідази чи ронідази в буферному розчині (рН 5,2) через день. Курс 15-20 сеансів. Рекомендовано також електрофорез 10 % розчину кальцію хлориду послідовно з 2-х полюсів, що забезпечує введення в тканині ясен іонів кальцію для досягнення протизапального ефекту, а потім іонів хлору для надання цитоцидної дії. Спочатку вводять кальцій з анода 10-15 сеансів, через 5 днів вводять хлор катода (10-15 сеансів).

Хірургічне лікування в пубертатний період не рекомендується, тому що часто бувають рецидиви: гормональний дисбаланс провокує повторне виникнення гіпертрофічного гінгівіту.

**Пародонтит** - запалення всіх тканин пародонта.

Для цього захворювання характерно:

– Наявність симптоматичного гінгівіту (катарального, гіпертрофічного, атрофічного, виразкового).

– Прогресуюча деструкція кісткової тканини альвеолярного відростку.

– Наявність патологічних зубо-ясеневих кишень із серозним чи гнійним відділенням, що можуть бути вогнищем хронічної одонтогенної інтоксикації.

– Виникнення травматичної оклюзії – такого смикання зубних рядів, в результаті якого виникає перевантаженість окремих груп зубів і зв'язана з цим рухливість, а потім і випадіння зубів.

Пародонтит може бути локалізований і генералізований.

**Локалізований пародонтит** виникає внаслідок дії місцевих факторів (тісне положення зубів, аномального співвідношення щелеп і аномалій прикріплення м'яких тканин і мови, мілкового присінку порожнини рота), пусковим механізмом є порушення кровообігу. По мірі прогресування процесу формуються деструктивні явища в тканинах пародонта.

По ступеню тяжкості клінічних проявів виділяють парадонтит легкий, середнього ступеня тяжкості і важкий.

Згідно з новою класифікацією Н.Ф. Данилевського розрізняють початковий ступінь, легкий ступінь (I), середньої тяжкості (II), важкий ступінь (III).

Слід зазначити, що у дітей при початковому ступені резорбція кісткової тканини альвеолярного відростка відсутня, наявний лише остеопороз. При легкому ступені (I), середньої тяжкості (II) і важкому ступені (III) резорбція альвеолярного відростку може бути горизонтальною і вертикальною. При наявності останньої, виявляються глибокі кісткові кишені.

Лікування **генералізованого пародонтиту** має бути комплексним і включати загальні та місцеві його види. Призначення загальної терапії залежить від наявності соматичного захворювання у дитини, тому вона має проводитися спільно з педіатром, ендокринологом та іншими спеціалістами. Місцеве лікування визначається клінічними проявами захворювання. Воно складається з таких етапів: усунення місцевих подразників (зубні нашарування, каріозні порожнини, травматична оклюзія, патологія прикусу, аномальне прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо); проведення протизапальної терапії з метою лікування пародонтальних кишень у дітей перевагу необхідно віддавати не подразливим лікарським засобам. Вибір медикаменту має залежати від мікрофлори пародонтальної кишені та форми симптоматичного гінгівіту.

Важливе місце у комплексному лікуванні хворих з генералізованим пародонтитом посідають фізіотерапевтичні методи. Їх необхідно використовувати на різних етапах місцевого лікування. Під час їх вибору враховується механізм дії кожного фізіотерапевтичного методу. У дітей застосовуються різні види масажу, гідротерапія, світолікування.

Ідіопатичні хвороби характеризуються прогресуючим швидким руйнуванням усіх тканин пародонта. Зміни в пародонті виражають

поняттям «пародонтальний синдром», який звичайно поєднується із запальними проявами.

Загальними особливостями змін у пародонті є прогресуючий перебіг генералізованого пародонтиту, швидке формування пародонтальної кишені, патологічна рухомість зубів, схильність до утворення абсцесів, остеоліз кісткової тканини з утворенням кісткових кишень, лакун та її швидке розсмоктування. У разі виявлення пародонтального синдрому дитина потребує ретельного обстеження педіатра, педіатра-ендокринолога, стоматолога або інших спеціалістів.

**Пародонтальний синдром при гістіоцитозах.** *Гістіоцитози* – це група хвороб нез'ясованої етіології, що супроводжуються ендогенними порушеннями метаболізму і накопиченням продуктів порушеного обміну речовин в осілих макрофагах (різновидність ретикулоендотеліоцитів). До гістіоцитів належать еозинофільна гранульома чи хвороба Таратінова, хвороби Хенда-Шюллера-Крісчена, Леттера-Сіве, Німанна-Піка, Гоше.

– *Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена* – це хронічний гістіоцитоз з аутосомно-рецесивним або рецесивним типом успадкування, в основі якого лежить порушення холестеринового обміну. Характеризується утворенням у шкірі, лімфатичних вузлах, кістковому мозку і внутрішніх органах вогнищ проліферації клітин (мабуть, осілих макрофагів), в цитоплазмі яких значно збільшений вміст ліпідів: холестерину, холінестерів і нейтральних жирів.

Клінічно проявляється нецукровим діабетом, екзофтальмом, вогнищами деструкції кісток (особливо черепа) – тріадою Крісчена, яка спостерігається не в усіх випадках. Найбільш постійною ознакою є ураження кісток черепа.

Хвороба розвивається поступово, з періодами ремісії, протягом кількох років. Хворіють переважно діти до 7-10 років та юнаки.

– *Хвороба Леттера-Сіве* – гострий системний прогресуючий спадковий гістіоцитоз не ліпоїдного характеру. Частіше хворіють діти віком 1-2 роки. Хвороба нерідко має гострий початок. Характеризується швидким розвитком і несприятливим прогнозом. У початковий період проявляється гарячкою, генералізованим збільшенням лімфатичних вузлів, дерматитом, дерматозом, плямисто-папульозним або папульозно-сквамозним висипом (злущені, відшаровані жовті кірки, лусочки), виразково-некротичним гінгівітом і генералізованим пародонти том. Прояви хвороби швидко наростають. Пізніше до них при-

еднуються екзофтальм, нецукровий діабет, що проявляється підвищеною спрагою (діти випивають 10 л рідини за добу), значним збільшенням селезінки і печінки, діареєю, геморагічною пурпурою, вторинними симптомами ураження органів кровообігу.

Рентгенологічно деструктивні процеси виявляються як в комірковому відростку (за лакунарним типом), так і в ділянці тіла і висхідної гілки щелепи. Обмежені вогнища деструкції округлої чи овальної форми діагностуються також в інших плоских кістках: черепних, тазових. У пунктатах кісткового мозку у вогнищах ураження виявляється проліферація ретикулоендотеліоцитів. У крові – анемія, еозінофілія, тромбоцитоз, підвищена ШОЕ; характерна низька щільність сечі, ретикулогістіоцитозна проліферація в пунктатах і матеріалах біопсії.

– Синдром пародонтиту спостерігається також при ретикулоендотеліозах, ліпоїдозах, до яких належать *хвороба Гоше* і *хвороба Німанна-Піка*.

У ротовій порожнині розвиваються гіпертрофічний гінгівіт і генералізований пародонтит. Спочатку зміни мають проліферативний характер, ясенні сосочки гіпертрофовані, ступінь їх гіпертрофії може бути різним. Інколи ясенні сосочки досягають різальної або жувальної поверхні зубів. Пізніше процес набуває характеру генералізованого пародонтиту. Рентгенологічно виявляється процес у комірковому відростку.

Лікар-стоматолог проводить місцеве симптоматичне лікування усіх ідіоматичних хвороб пародонта.

### **Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки знань за темою заняття:**

№1. Дівчинка 12-ти років з'явилась до лікаря-стоматолога з метою профілактичного огляду. Об'єктивно: зуби інтактні, прикус відкритий, слизова оболонка в ділянці папілярної та маргінальної частин 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:

- А. гіпертрофічний гінгівіт;
- В. хронічний катаральний гінгівіт;

- C. гострий катаральний гінгівіт;
- D. фіброматоз ясен.

№2. Дівчина 16ти років звернулася зі скаргами на кровоточивість і розростання ясен. Об'єктивно: ясна у ділянці фронтальних зубів нижньої щелепи пухкі, гіперемовані, перекривають коронки зубів на 1/3 висоти, кровлять під час дотику. Визначаються пародонтальні кишені до 3,5 мм. Зубна дуга нижньої щелепи звужена, скупченість зубів у фронтальній ділянці. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною 3,5 бали. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. локалізований пародонтит I ступеня, хронічний перебіг;
- B. генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг;
- C. гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма I ступеня;
- D. десквamatивний гінгівіт, еритематозна форма;
- E. загострення хронічного катарального гінгівіту.

№3. Дитина 12-ти років впродовж року скаржитися на періодичну кровоточивість ясен при чищенні зубів. Об'єктивно: ясна в ділянці фронтальних зубів обох щелеп застійно гіперемовані, набряклі. Ясенні сосочки мають куполоподібну форму. ГІ за Федоровим-Володкіною - 3,1. Який попередній діагноз?

- A. хронічний катаральний гінгівіт;
- B. гострий катаральний гінгівіт;
- C. гіпертрофічний гінгівіт;
- D. атрофічний гінгівіт;
- E. виразково-некротичний гінгівіт.

№4. До лікаря-стоматолога звернулася пацієнтка 14-ти років зі скаргами на сухість, печіння та біль ясен, неприємний запах з рота, підвищення температури тіла до 38,8 °С, головний біль, різку слабкість. Об'єктивно: ясна гіперемовані, набряклі, на них наявна плівка брудно-сірого кольору, при знятті якої з'являється болюча виразкова поверхня. Підщелепові лімфовузли збільшені та болісні при пальпації. На зубах відзначаються значні нашарування м'якого зубного нальоту. Визначте діагноз:

- A. виразково-некротичний гінгівіт;
- B. гіпертрофічний гінгівіт;

- C. катаральний гінгівіт;
- D. генералізований пародонтит;
- E. локалізований пародонтит.

№5. Хлопчик 13-ти років скаржиться на кровоточивість ясен при чищенні зубів, яка турбує його впродовж декількох місяців. Об'єктивно: міжзубні сосочки набряклі, ціанотичного відтінку. Відмічається велика кількість зубного нальоту. Гігієна порожнини рота незадовільна. Проба Шиллера-Пісарєва позитивна. На рентгенограмі відсутні ознаки остеопорузу міжзубних перегородок. Яка тактика лікаря в перше відвідування?

- A. Професійна гігієна порожнини рота
- B. Протизапальна терапія
- C. Фізіотерапія
- D. Склерозуюча терапія
- E. Гінгівектомія

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

- Особливості збору анамнеза у дітей з різних регіонів України в залежності від віку і наявності факторів ризику захворювань пародонту.
- Особливості інструментального обстеження зубів тимчасового і постійного прикусу у дітей різного віку з захворюваннями пародонту.
- Обстеження тканин пародонту у дітей препубертатного віку.
- Обстеження слизової оболонки порожнини рота у дітей різного віку.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів вищої освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне

практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## Список рекомендованої літератури

### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривонос Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. - К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інш. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева 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.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

*Додаткова:*

1. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. – 2018, 992 с.
2. Herbert F. Wolf. Color Atlas of Dental Medicine. – 2018. – 580 p.
3. Atlas of Oral Diseases. The guide for Daily Practice. Van der Waal Isaak, 2016. – 556 p.
4. Stomatology in 2 books. Rozhko M.M. – 2020. – 792 p.
5. Тестові завдання для підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту з дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія»: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. ф-тів та лікарів-інтернів / О. І. Годованець, І. С. Марчук, Л. Г. Гринкевич [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ВДНЗ України «Буковин. держ. мед. Унт». – Чернівці: БДМУ, 2019. – 232 с.

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>
2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)



## Практичне заняття № 2

**Тема:** Клініка, діагностика, диференційна діагностика та лікування катарального, гіпертрофічного та гострого виразкового гінгівіту у дітей. Вибір лікарських засобів, методика їх застосування.

**Мета:** глибинне оволодіння навчальною дисципліною шляхом удосконалення теоретичних знань та професійних компетентностей здобувачів вищої освіти під час вивчення клініки, діагностики, диференційної діагностики та лікування катарального, гіпертрофічного та гострого виразкового гінгівіту у дітей та вибору лікарських засобів, методика їх застосування.

**Основні поняття:** етіології та патогенезу різних форм гінгівітів у дітей, клінічного перебігу катарального, гіпертрофічного виразково-некротичного гінгівітів у дітей, методів діагностики гінгівітів у дітей, обстеження хворого з урахуванням індивідуальної особистості кожного хворого окремо, диференційної діагностики катарального, гіпертрофічного, виразково-некротичного гінгівітів у дітей та методів профілактики різних форм гінгівітів.

**Обладнання:** мультимедійний проектор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження.

**Навчальний час:** 4 години

### План

1. Організаційні заходи: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання етіології та патогенезу різних форм гінгівітів у дітей, клінічного перебігу катарального, гіпертрофічного виразково-некротичного гінгівітів у дітей, методів діагностики гінгівітів у дітей, обстеження хворого з урахуванням індивідуальної особистості кожного хворого окремо, диференційної діагностики катарального, гіпертрофічного, виразково-некротичного гінгівітів у дітей та методів профілактики різних форм гінгівітів.

2. Контроль опорного рівня знань: фронтальне опитування здобувачів вищої освіти, спілкування з батьками дітей з метою збору анам-

незу, клінічний огляд дітей, складання плану клінічного обстеження, дискусія щодо обґрунтування діагнозу. Контроль знань та вмінь базового обстеження в клініці дитячої стоматології.

*2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);*

Знати:

- Вкажіть анатоμο-гістологічну будову пародонту у дітей?
- Яка етіологія та патогенез захворювань пародонту?
- Назвіть методи діагностики захворювань пародонту у дітей?
- Перелічіть закономірності клінічних проявів хронічного катарального гінгівіту у дітей різного віку.
- Перелічіть закономірності клінічних проявів гіпертрофічного гінгівіту у дітей різного віку.
- Перелічіть закономірності клінічних проявів виразково-некротичного гінгівіту у дітей різного віку.
- Визначте диференційну діагностику різних форм гінгівіту у дітей.
- Визначте диференційну діагностику хронічних форм гінгівіту у дітей.
- Які існують методи лікування катарального гінгівіту?
- Які існують методи лікування виразково-некротичного гінгівіту?
- Які існують методи лікування гіпертрофічного гінгівіту?
- Які існують методи профілактики захворювань пародонту у дітей?

*2.2. Зміст теми:*

**Ясна** – важлива складова частина пародонта. В ній виділяють ясенний сосочок, маргінальну частину і альвеолярну. Маргінальна частина розташована у шийки зуба, має губощічну та язикову поверхні і переходить у ясенний сосочок. Альвеолярна частина ясен покриває альвеолярний відросток.

• **Будова ясен.**

Ясна складаються з епітелію та з'єднувально-тканинної основи. Епітелій багат шаровий, складається з базального шару і поверхневого /шипуватого/. З ороговінням епітелію в ньому з'являється зернистий шар, що містить клітини кератогіаліну. Для тканин ясен характе-

рний паракератоз. При цьому поверхневі клітини епітелію шиповатого шару сплющуються під впливом механічних подразників і зберігають ядро чи органели.

• **Ясна та зубо-ясенне з'єднання.**

Епітелій борозний /сулькулярний/ і з'єднувальний епітелій не роговіє та швидко відновлюється. Близьке розташування судин забезпечує підвищену проникність.

Сулькулярний епітелій ясен розташований в області шийки зуба та вистилає ясенну борозну. Він не роговіє і легко піддається дії мікроорганізмів та токсинів.

**Т. Ф. Виноградова /1983/ відзначає наступні особливості ясен у дітей:**

- більш тонкий шар ороговілих клітин епітелію;
- більш інтенсивну васкуляризацію ясен, яка виражається яскраво-червоним кольором;
- меншу ущільненість з'єднувальної тканини;
- менш виражену зернистість поверхні в результаті незначного поглиблення епітеліальних борозен;
- більш глибоку ясенну борозну;
- закругленість ясенного краю з ознаками набряку, гіперемії в період прорізування зубів.

В період тимчасово прикусу епітеліальний покрив тонкий, мало диференційований, без явищ ороговіння. Базальна мембрана тонка, ніжна. У віці до 3-х років слизова оболонка ротової порожнини і ясна містять багато глікогену, який в наступному з ясен зникає.

• **Основні групи волокон періодонта:**

- *циркулярні волокна* – розташовані горизонтально у пришийковій області та утворюють циркулярну зв'язку;
- *транссептальні волокна* – пов'язують сусідні зуби і проходять у кістці над верхівкою альвеолярного відростку;
- *зубо-ясенні волокна* – пов'язують між собою зуби та ясенні сочочки сусідніх зубів;
- *зубо-альвеолярні (шарпееві)* – пов'язують корінь зуба з внутрішньою поверхнею альвеолярної кістки і за спрямуванням поділяються на волокна альвеолярного гребня, які розташовані переважно у щі-

чно-язиковій площині, та косі волокна – чисельно переважаюча група, займає середні 2/3 періодонтального простору. Волокна розташовані косо, пов'язуючи корінь з альвеолярною кісткою.

– *апикальні волокна* – розходяться перпендикулярно від апікальної частини кореня до дна альвеоли; одні з них йдуть горизонтально, інші – вертикально;

– *міжкореневі волокна* – у багатокорневих зубах пов'язують корінь в області біфуркації з гребенем міжкореневої перегородки, до якого вони прямують частково у горизонтальному, частково у вертикальному напрямках.

Розташування волокон періодонта сприяє тому, що сили, які впливають на зуб, за допомоги волокон рівномірно розподіляються у вигляді тяги на альвеолярну кістку та сприяють найкращому якісному виконання двох основних **функцій періодонта**:

- а. опорно-утримуючої;
- б. амортизуючої.

#### • **Особливості будови періодонта у дітей.**

У дітей структура періодонта, а отже і його функції, вирізняються нестабільністю. На різних етапах розвитку організму дитини у періодонті відбуваються прогресивні та регресивні зміни, що впливають на перебіг фізіологічних та патологічних процесів.

Періодонт простягається від шийки зуба до сформованої частини кореня, де зливається з ростковою зоною та безпосередньо контактує з пульпою кореня зуба. Закінчення формування періодонта відбувається через один-два роки після завершення росту кореня.

Періодонт тимчасових зубів має менший ступінь організації. Він утворений більш пухкою з'єднувальною тканиною та сильніше васкуляризований, заповнює порівняно широкий періодонтальний простір.

Цемент вкриває корінь зуба. Розрізняють цемент безклітинний /первинний/ та клітинний /вторинний/, який знаходиться біля верхівки зуба. Підчас тимчасового прикусу клітинний цемент виявляється в області верхівок тимчасових зубів. До початку резорбції коренів шар клітинного цементу збільшується. У період змінного прикусу під час резорбції коренів відбувається збільшення кількості клітин цементу. У постійному прикусі значна частина сформованих коренів зуба

вкрита безклітинним цементом, третина кореня біля верхівки вкрита вторинним клітинним цементом.

• **Етіологія захворювань пародонта.**

У 1985 р. – теорія опортуністичної інфекції – Зоненверт (1958) виділив ферменти агресивності до тканин пародонта. Розбері (1963) підтвердив цей факт. У теперішній час – експериментально та клінічно встановлено, що без бляшки немає періодонтита. Первинний комплекс виникнення причин – мікрофлора зубної бляшки. Вторинний комплекс причин – місцеві та системні фактори, що дозволяють реалізовуватись первинному комплексу.

SLOTS F. (1979), LOESCHE W. (1992) виявили пародонтопатогенні бактерії. За виникнення та розвиток запальних процесів у пародонті найбільш відповідальні: *Aktinobacillusactinomycetumcomitans*, *Prevotellaintermedia*, *Prevotellamelanogenica*, *Peptostreptococcus*, *Parfiromonasgingivalis*, *Fusovacteriumnucleatum*, *Bakteroidesforszthus*, *Actinomycetusviscosus*.

• **Класифікація хвороб пародонта (1)**

У 1983 році XVI Пленум Всесоюзного наукового товариства стоматологів затвердив більш повну класифікацію, яка відповідає вимогам стоматології дитячого віку, розділивши **захворювання тканин пародонта** на п'ять груп:

**1 група. Гінгівіт** – запалення ясен, зумовлене несприятливим впливом місцевих та загальних факторів без порушень зубо-ясенного з'єднання.

Форми: катаральний, гіпертрофічний, виразковий.

За перебігом: гострий, хронічний, загострений, ремісія.

За поширеністю: локалізований, генералізований.

Ступінь тяжкості: легка, середньої тяжкості, тяжка.

**2 група. Пародонтит** – запально-деструктивний процес у тканинах пародонта, який характеризується втратою цілісності зубо-ясенного з'єднання.

Перебіг: хронічний, загострений, абсцедуючий, ремісія.

Поширеність: локалізований, генералізований.

За ступенем тяжкості: легка, середньотяжка, тяжка.

**3 група. Пародонтоз** – дистрофічне ураження тканин пародонта.

Перебіг: хронічне, ремісія.

Поширеність: генералізований.

Степінь тяжкості: легка, середньотяжка, тяжка.

**4 група.** *Ідіопатичні захворювання з прогресуючим лізисом тканин пародонта (синдром Папійон-Лефевра, гістіоцитози, агаммаглобулінемія, декомпенсований цукровий діабет та ін.).*

**5 група.** *Пародонтоми – пухлини та пухлиноподібні захворювання – епуліс, фіброматоз та інші.*

## • **Класифікація хвороб пародонта (2)**

У 1989 р. на робочій нараді пародонтологів ВООЗ було прийнято наступну класифікацію захворювань пародонта:

**1 група.** *Гінгівіт:*

- а. гінгівіт, зумовлений дією зубної бляшки;
- б. гострий виразково-некротичний гінгівіт;
- в. гінгівіт, викликаний стероїдними гормонами;
- г. гіперплазія ясен, викликана лікувальними засобами;
- д. десквамативний гінгівіт;
- е. ВІЛ-асоційований гінгівіт.

**2 група.** *Пародонтит:*

- а. пародонтит дорослих;
- б. ранній пародонтит:
  - А. пубертатний:
    - локалізований;
    - генералізований.
  - В. швидкопрогресуючий пародонтит.
- в. пародонтит, асоційований з системними захворюваннями;
- г. виразково-некротичний пародонтит;
- д. рефрактерний пародонтит.

**3 група.** *Гострий катаральний гінгівіт.*

Ясенні сосочки і край ясен набряклі, гіперемовані, злегка кровоточать. Такий стан ясен супроводжує більшість інфекційних та вірусних захворювань дитини. Гострий гінгівіт та підщелепний лімфаденіт часто передують та супроводжують гострий герпетичний стоматит, переходячи у виразковий гінгівіт у випадку затяжного та важкого перебігу хвороби. Катаральний гінгівіт може зберігатись протягом 10-12 днів після епітелізації ураження при ггс.

**4 група.** *Хронічний катаральний гінгівіт пубертатного віку, який посилюється поганою гігієною ротової порожнини.*

Хронічний катаральний гінгівіт. Ступінь залучення ясен до запального процесу визначається за допомоги проби Шиллера-Писарева. Після змачення ясенного краю розчином, який містить йод, ділянки ясен з хронічним запаленням фарбуються у темно-коричневий колір за рахунок прижиттєвого забарвлення глікогену ясен, кількість якого збільшується при запаленні. Необхідно враховувати, що у дітей кількість глікогену у ясенній тканини збільшена.

**5 група. Виразковий гінгівіт Венсана.**

Ясна гіперемовані, набряклі, по краю ясен виразково-некротичний процес. В області центрального та бокового різців верхньої щелепи загибель тканин ясенного сосочка, ранова поверхня вкрита сірим нальотом. Захворювання супроводжується підвищенням температури та підщелепним лімфаденітом. Частіше хворіють діти пубертатного віку.

**Схема лікування катарального гінгівіту у дітей.**

- професійна гігієна ротової порожнини («Камістад» гель);
- антибактеріальна терапія (антисептики, препарати групи нітроїмідазолу): перекис водню 3 %, хлоргексидин, гексетидин, триклозан, мірамістин – хлормісткі антисептики, похідні нітрофурана – 0,05 % р-н фурациліну, р-н фурагіну; Похідні нітроїмідазолу – метронідазол, 25 % ліпідний гель «Елізол», «Диплен дента М», «Метрогіл-дента»;
- протизапальна терапія (засоби рослинного походження, не стероїдні протизапальні препарати (НПЗП), інгібітори протеолітичних ферментів), препарати рослинного походження – настоянка календули, евкаліпту, ромашки, новоімаін, ромазулан, хлорофіліпт; НПЗП – мефенаміну натрієва сіль (1 % паста, 0,1 % водний розчин), Диклофенак-натрій (1 % «Диклоран», 1 % емульгель «Вольтарен», піроксикам (1 % крем); інгібітори протеолітичних ферментів-апрокал, тросиліл, контрикал;
- фізіотерапія – гідротерапія з вуглекислим газом, електрофорез з галаскорбіном 1 %, фонофорез з біостимуляторами – алое.

**Навчання методам індивідуального догляду за ротовою порожниною, гігієнічний контроль за їх виконанням та рекомендації з вибору гігієнічних засобів.**

- Усунення місцевих схиляючих факторів (лікування карієсу, корекція аномалій прикріплення м'яких тканин переддвер'я ротової порожнини та порушень прикусу).

– Підтримуюча терапія кожні 3-6 міс. (у випадку стійкого хронічного перебігу генералізованого катарального гінгівіту).

***Схема місцевого лікування гострого виразкового гінгівіту:***

- знеболювання;
- видалення некротизованих тканин (ферментні препарати). Ферменти – трипсин, хімотрипсин, террілітин, мазь «Лінегзин», містить протеазу С та лінкоміцин і гентаміцин;
- антибактеріальна терапія (препарати групи нітроїмідазолу, антисептики);
- протизапальна терапія (засоби рослинного походження, НПЗП);
- стимуляція регенерації тканин (кератопластичні засоби). Масляні розчини вітамінів А і Е, «Аевіт», «Солкосерил»;
- навчання методам індивідуального догляду за ротовою порожниною, гігієнічний контроль за їх виконанням та рекомендації з вибору гігієнічних засобів;
- усунення місцевих схиляючих факторів.

***Схема лікування гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту у дітей.***

- професійна гігієна ротової порожнини;
- антибактеріальна терапія (антисептики, препарати групи нітроїмідазолу);
- протизапальна терапія (засоби рослинного походження, НПЗП);
- склерозуюча терапія (біогенні препарати, рослинні та інші засоби, в залежності від ступеню гіпертрофії). Склерозуюча терапія – рослинного походження – чистотіл, марасловін, Бефунгін, вакуум-масаж, електрофорез 10 % кальцію хлориду, електрофорез з ферментами – лідаза;
- кріодеструкція;
- діатермокоагуляція;
- фізіотерапія.

***Навчання методам індивідуального догляду за ротовою порожниною, гігієнічний контроль за їх виконанням та рекомендації з вибору гігієнічних засобів.***

- усунення місцевих схиляючих факторів;



- підтримуюча терапія кожні 3-6 міс. (при генералізованому характері гіпертрофічного гінгівіту);
- консультація і лікування у дитячого гінеколога, психоневролога, ендокринолога та інших спеціалістів.

***Схема лікування фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту.***

- професійна гігієна ротової порожнини;
- антисептична обробка ротової порожнини;
- склерозуюча терапія;
- фізіотерапія;
- навчання правилам раціональної гігієни ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- ортодонтичне лікування (за показниками).

***Схема місцевого лікування пародонтита.***

- професійна гігієна ротової порожнини;
- антибактеріальна терапія (антисептики, препарати групи нітроїмідазолу);
  - протизапальна терапія (НПЗП, засоби рослинного походження, інгібітори протеолітичних ферментів);
  - фізіотерапія;
  - навчання прийомам індивідуального догляду за ротовою порожниною, гігієнічний контроль за їх виконанням та рекомендації з вибору гігієнічних засобів;
  - усунення місцевих схиляючих факторів;
  - підтримуюча терапія кожні 3-6 міс.

*2.3. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки знань за темою заняття:*

**№1.** Дівчинка 12ти років скаржиться на біль у порожнині рота під час прийому їжі, кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Біль з'явився три дні тому. Об'єктивно: температура 38,2°C . У порожнині рота ясенний край на верхній та нижній щелепах вкритий сіруватим нальотом, легко кровить. Ясенні сосочки у 42, 41, 31, 32 відсутні, звиразкування по краю ясни. З якої групи лікарських препаратів необхідно почати місцеве лікування у даному випадку?

А. знеболюючі;

- В. ферменти;
- С. протизапальні;
- Д. кератопластики;
- Е. антисептики.

№2. Підліток 14-ти років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: слизова ясен гіперемована, пастозна, відзначається кровоточивість. Проба Шилера-Пісарєва позитивна. Індекс РМА 70 %. ГІ 3,0. На Рограмі фронтальної ділянки змін немає. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. хронічний катаральний гінгівіт;
- В. хронічний пародонтит;
- С. гострий катаральний гінгівіт;
- Д. хронічний гіпертрофічний гінгівіт;
- Е. загострення хронічного пародонтиту.

№3. Дівчинка 13-ти років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів і вживання твердої їжі. Об'єктивно: слизова оболонка ясен верхньої та нижньої щелеп дещо набрякла, гіперемована. Стан гігієни порожнини рота незадовільний. На рентгенограмі змін не виявлено. Визначте діагноз:

- А. хронічний катаральний гінгівіт;
- В. гострий катаральний гінгівіт;
- С. гіпертрофічний гінгівіт;
- Д. десквативний гінгівіт;
- Е. хронічний атрофічний гінгівіт.

№4. Дитина 11-ти років скаржиться на біль і кровоточивість ясен під час їжі, неприємний запах з рота, слабкість і головний біль протягом двох днів. Об'єктивно: слизова оболонка ясен в ділянці нижніх фронтальних зубів набрякла, яскраво гіперемована, легко кровоточить при дотику. Ясенні сосочки вкриті нальотом брудно-сірого кольору, після видалення якого залишається кровоточива болюча поверхня. Прикус глибокий. Відзначаються значні нашарування м'якого зубного нальоту. Регіонарні лімфатичні вузли дещо збільшені, болісні під час пальпації. Температура тіла - 37,6 °С . Визначте попередній діагноз:

- А. гострий виразковий гінгівіт;
- В. гострий катаральний гінгівіт;

- C. хронічний катаральний гінгівіт;
- D. хронічний гіпертрофічний гінгівіт;
- E. генералізований пародонтит.

№5. Дівчинка 13-ти років скаржиться на болісність, кровоточивість ясен і запах з рота, які з'явилися близько півроку тому. Об'єктивно: у ділянці фронтальних зубів нижньої щелепи ясенні соочки і ясенний край гіпертрофовані, набряклі, ціанотичні. У пришийковій ділянці зубів наявний м'який наліт.  $PI = 3$ . Лікар провів місцеву протизапальну терапію. Яке місцеве лікування слід провести у подальшому?

- A. склерозуюча терапія;
- B. кюретаж кишень;
- C. гінгівотомія;
- D. фізіотерапія;
- E. вестибулопластика.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

- Перебіг гострих та хронічних форм гінгівітів у дітей.
- Проведення інструментального обстеження дитини із захворюваннями тканин пародонту.
- Диференційна діагностика різних форм гінгівітів у дітей.
- Алгоритм дослідження дитини із захворюваннями тканин пародонту.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів вищої освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньо-

арифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## Список рекомендованої літератури

### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривonos Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. - К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018. – 448 с.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К.: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К.: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

*Додаткова:*

1. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. – 2018, 992 с.
2. Herbert F. Wolf. Color Atlas of Dental Medicine. – 2018. – 580 p.
3. Atlas of Oral Diseases. The guide for Daily Practice. Van der Waal Isaak. – 2016. – 556 p.
4. Stomatology in 2 books. Rozhko M.M. – 2020. – 792 p.
5. Тестові завдання для підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту з дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія»: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. ф-тів та лікарів-інтернів / О. І. Годованець, І. С. Марчук, Л. Г. Гринкевич [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ВДНЗ України «Буковин. держ. мед. Унт». – Чернівці: БДМУ, 2019. – 232 с.

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>
2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

## Практичне заняття № 3

**Тема:** Пародонтит у дітей. Клініка, діагностика. Принципи лікування пародонтиту у дітей. Пародонтальний синдром у дітей. Клініка, діагностика. Тактика лікаря-стоматолога.

**Мета:** глибинне оволодіння навчальною дисципліною шляхом удосконалення теоретичних знань та професійних компетентностей здобувачів вищої освіти під час вивчення клініки, діагностики та принципів лікування пародонтиту у дітей та пародонтального синдрому у дітей.

**Основні поняття:** етіології та патогенезу пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей, клінічного перебігу пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей, методів діагностики пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей, диференційної діагностики пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей та методів лікування пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей.

**Обладнання:** мультимедійний проєктор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження.

**Навчальний час:** 4 години

### План

1. Організаційні заходи: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання етіології та патогенезу пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей, клінічного перебігу пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей, методів діагностики пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей, диференційної діагностики пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей та методів лікування пародонтиту та пародонтального синдрому у дітей.

2. Контроль опорного рівня знань: фронтальне опитування здобувачів вищої освіти, спілкування з батьками дітей з метою збору анамнезу, клінічний огляд дітей, складання плану клінічного обстеження, дискусія щодо обґрунтування діагнозу. Контроль знань та вмій базового обстеження в клініці дитячої стоматології.

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

Знати:

- Яка етіологія та патогенез пародонти ту у дітей?
- Перелічте методи діагностики пародонтиту у дітей?
- Назвіть закономірності клінічних проявів хронічного локалізованого та генералізованого пародонтиту у дітей різного віку?
- Перелічте диференційну діагностику пародонтиту у дітей?
- Назвіть методи лікування пародонтиту у дітей?
- Назвіть методи фізіотерапевтичного лікування та фітотерапії пародонтиту у дітей?
- Які методи профілактики захворювань пародонту у дітей?
- Вкажіть етіологію та патогенез пародонтального синдрому у дітей?
- Які методи діагностики пародонтального синдрому у дітей?
- Які закономірності клінічних проявів швидко прогресуючого лізису у дітей при некомпенсованому цукровому діабеті та при синдромі Папійона-Лефевра?
- Які закономірності клінічних проявів спадкової нейтропенії?
- Які закономірності клінічних проявів при гістіоцитозах?
- Які закономірності клінічних проявів при ретикулоендотеліозах, ліпоїдозах, гіпоімунглобулінемії?
- Яка тактика лікаря-стоматолога при лікуванні пацієнтів з пародонтальними синдромами?

2.2. *Зміст теми:*

• **Локалізований пародонтит** – це хвороба, за якої запалення поширюється з ясен на інші тканини пародонта. Характеризується прогресуючою деструкцією періодонта і кісткової тканини міжзубних перегородок. Процес обмежений, локалізується в ділянці окремих зубів або групи зубів, частіше фронтальної. Виникає на тлі диспропорції росту щелепи і незрілості тканин пародонта внаслідок змін у ньому, що минають, пубертатного характеру, а також тимчасового стану, зумовленого прорізанням зуба, або в умовах стійкого диспропорційного стану щелепи (тісне розташування зубів, аномалії форми і співвідношення щелеп, аномалії прикріплення і будови м'яких тка-

нин, замалий присінок ротової порожнини, нерівномірне навантаження окремих зубів тощо). Тяжкість патологічного стану тканин пародонта певною мірою залежить від ступеня сформованості його, морфологічної зрілості, з одного боку, і функціональної навантаженості – з іншого. Функціональні порушення, формування зубощелепних аномалій створюють умови для виникнення патологічних змін у пародонті. Цьому сприяють погані звички, порушення функції ковтання, дихання, жування і відкушування. Прогресування патологічного процесу в тканинах пародонта можливе в умовах негігієнічного стану ротової порожнини, зниження реактивності організму, виникнення у дитини хронічної хвороби тощо.

*Клінічна картина* локалізованого пародонтиту у дітей зумовлена проявами тієї форми гінгівіту, що супроводжує пародонтит і є початком його розвитку. Локалізований пародонтит найчастіше виникає у дітей з катаральним гінгівітом (58 %). Якщо запальний процес прогресує, поступово формуються дистрофічні зміни в тканинах пародонта: порушення цілості зубоясенного сполучення, формування ясенної, потім – пародонтальної кишені, остеокластичної резорбції коміркового відростка.

На початку хвороби діти скаржаться на кровоточивість ясен, що виникає періодично, частіше під час чищення зубів, неприємне відчуття свербіння, напруженість в яснах, набряк, болючість, неприємний запах із рота. Зміни в яснах частіше обмежуються фронтальною ділянкою зубів верхньої і нижньої щелепи. Виявляється застійна гіперемія із ціанозом міжзубної і деякої частини коміркової поверхні ясен, ясенна кишеня має розмір до 3,5 мм. Пізніше можливе формування пародонтальної кишені (4–5 мм). Крім катаральних, на окремих ділянках ясен можливі нроліферативні і виразкові зміни. Спостерігаються значні зубні відкладення – зубний наліт, над'ясенний і під'ясенний зубний камінь.

Морфологічні зміни виявляються в усіх тканинах пародонта. У яснах спостерігаються неспецифічне хронічне запалення, дистрофічні зміни епітелію, лімфоцито-гістіоцитарні інфільтрати, велика кількість плазматичних клітин і тканевих базофілів, поверхнева дезорганізація сполучної тканини в ділянці ясенної кишені і в глибоких відділах ясен, проростання епітелію вздовж кореня, резорбція верхівки міжзубних перегородок за допомогою макрофагів і остеокластів.



Рентгенологічне виявляється розширення періодонтальної щільни деструкція компактної пластинки на верхівках міжзубних перегородок, порушення чіткості міжзубних верхівок та їх початкова резорбція в ділянці 1–3 зубів.

*Лікування.* Виявлення чинників, що відіграють важливу роль в етіології і патогенезі пародонтиту. Якщо необхідно, проводиться ортодонтичне лікування. Усунення місцевих етіологічних чинників (корекція вуздечок, пластика присінка ротової порожнини, виправлення зубощелепних деформацій) потрібно проводити паралельно із симптоматичним лікуванням.

Місцеве лікування починають із нормалізації порушених функцій, навчання методиці гігієнічного догляду за ротовою порожниною. Потрібно видалити зубні відкладення, провести симптоматичне лікування гінгівіту. Як протизапальні засоби використовують нестероїдні протизапальні препарати (0,1 % розчин мефенаміну натрієвої солі), природні антибактеріальні засоби (новоіманін, уснінат натрію, настій квіток календули, софори японської), засоби рослинного походження (настій квіток ромашки, листків шавлії, ромазулан, сальвін), препарати аскорбінової кислоти, рутин, галаскорбін.

У разі виявлення методом цитології у вмісті ясенної борозни найпростіших (ротова трихомонада) або грибів роду *Candida* доцільно використати препарати метронідазолу або антимікотичні засоби.

Фізичні методи лікування прискорюють процеси обміну в тканинах пародонта, сприяють нормалізації їх трофіки. Для цього використовують масаж, гідротерапію, ультрафіолетове опромінювання, дарсонвалізацію. При кровоточивості ясен показане застосування електрофорезу 5 % розчину аскорбінової кислоти з 1 % розчином нікової кислоти. Зміни в кістковій тканині пародонта зумовлюють призначення електрофорезу 2,5 % розчину кальцію гліцерофосфату, 5 % розчину кальцію хлориду, 1-2 % розчину натрію фториду. Електрофорез цих препаратів поліпшує мінеральний обмін, зменшує остеопороз кісткової тканини.

• *V-подібна атрофія ясен.* Ця форма патології тканин пародонта належить до хвороб дистрофічного характеру. Характеризується зменшенням об'єму ясен біля одного або кількох зубів, унаслідок чого оголюється корінь зуба. Атрофія ясен більш виражена з боку присінкової поверхні зуба. З боку оральної поверхні пародонт зберігає

звичайні вигляд і форму. Колір ясен не змінюється, болочості і кровочивості немає.

Ясенний край може ущільнюватись, утворюючи виражений валик гіпертрофованої тканини. Скарг у дітей немає, іноді виникають свербіж, чутливість до термічних і хімічних подразників. Схожа атрофія спостерігається в період тимчасового прикусу у фронтальній ділянці зубів нижньої, рідше – верхньої щелепи.

У постійних зубах як один із варіантів V-подібної атрофії ясен виявляється атрофія на симетрично розташованих ділянках. Деякі автори трактують цю патологію як оголений прогресуючий гінгівіт, який характеризується розвитком прогресуючої атрофії ясен клиноподібної форми, на вестибулярній поверхні вздовж коренів симетричних зубів, частіше іклів. Розвивається вона непомітно і виявляється вже при значному оголенні коренів. Інколи супроводжується значним свербежем ясен у ділянках ураження, надто вночі, що змушує дитину часто використовувати який-небудь предмет для заспокоєння свербежу. Видиму причину хвороби встановити неможливо, тому її класифікують як ідіопатичну. Слід ураховувати місцеві травмуючі чинники, що спричиняють виникнення дистрофічних процесів у па-родонті.

Під час огляду виявляють клиноподібний дефект ясен на при-сінковій поверхні іклів нижньої щелепи, симетрично з обох боків. Оточуючі дефект тканини стовщені у вигляді валика, дещо набряклі, іноді трохи гіперемійовані. Корінь зуба може бути оголеним на 1/2 довжини, ясенний край щільно охоплює його поверхню. Рухливості уражених зубів не спостерігаються. На рентгенограмі с ознаки руйнування пластинок (альвеол) на рівні патологічного процесу в яснах. Інші ділянки ясен не змінені. Відновлення атрофованих ясен з віком не відбуваються, процес набуває тривалого багаторічного перебігу; можливе розхитування зубів.

*Лікування.* Уведення препаратів фтору і кальцію.

• **Генералізований пародонтит** у дітей може виникати внаслідок затяжного хронічного перебігу гінгівіту, а також на тлі соматичних захворювань. Для генералізованого пародонтиту властиві такі ознаки: симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишень, прогресуюча резорбція коміркового відростка, травматична оклюзія. Вираженість цих ознак залежить від тяжкості процесу.

*Клініка.* Виділяють легкий, середньотяжкий і тяжкий ступінь захворювання, хронічний і загострений його перебіг. *Легкий ступінь*

генералізованого пародонтита частіше перебігає безсимптомно. Лише при загостренні процесу діти скаржаться на біль у яснах, їх кровоточивість. При об'єктивному обстеженні виявляють хронічний симптоматичний катаральний гінгівіт або його загострення. У деяких дітей можливий симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт, особливо при тривалому порушенні функції статевих залоз. Окрім гінгівіту, відзначаються пародонтальні кишень завглибшки до 3-3,5 мм, м'який зубний наліт, зуби нерухомі. Генералізований парадонтит необхідно диференціювати із самостійним катаральним або гіпертрофічним гінгівітом за допомогою рентгенологічних досліджень. При генералізованому пародонтиті на початку хвороби спостерігаються характерні зміни: розширення періодонтальної щілини довкола шийок зубів, деструкція компактної пластини вершини міжзубних перегородок, можлива їх незначна резорбція, при загостренні процесу – дифузний остеопороз у верхній третині міжзубної перегородки.

При генералізованому пародонтиті *середньої тяжкості* збільшуються глибина пародонтальної кишені до 5 мм. Вона заповнена серозним, гнійним або серозно-гнійним ексудатом. Залежно від характеру перебігу (хронічний чи загострений) спостерігається хронічний або загострений катаральний, гіпертрофічний або виразковий гінгівіт.

Характерна патологічна рухомість зубів (I, II ступеня), травматична оклюзія за рахунок переміщення і висунення зубів. На рентгенограмі спостерігається нерівномірна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3–1/2 довжини кореня. При хронічному перебігу пародонтиту тип резорбції горизонтальний, ознаки остеопорозу незначні. Загострення захворювання характеризується, окрім горизонтальної, вертикальною резорбцією альвеолярного відростка, утворенням кісткових кишень, дифузним остеопорозом у збереженій кістковій тканині.

При захворюванні *тяжкого ступеня* усі симптоми наростають. Частіше захворювання тяжкого ступеня супроводжується загостренням симптоматичного гінгівіту, утворенням пародонтальних кишень завглибшки понад 5-6 мм. Пародонтальні кишень наповнені грануляціями та значним гнійним вмістом. Для захворювання тяжкого ступеня характерні поодинокі або множинні абсцеси. Спостерігається рухомість зубів II–III ступеня, їх зміщення. Рентгенологічне – горизонтальна та вертикальна резорбція альвеолярної кістки в межах 2/3 висоти міжзубних перегородок. При загостренні хвороби виявляються дифузні зони остеопорозу кісткової тканини, що ще залишилась.

При генералізованому пародонтиті гігієнічний індекс Федорова–Володкіної, індекс РМА вищі за норму. Проба Писарева–Шілле-ра позитивна. Збільшується еміграція лейкоцитів та кількість десквамованих клітин епітелію в ротовій порожнині.

При цитологічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень спостерігається зміна кількості нейтрофільних гранулоцитів, лімфоцитів та полібластів. Мікрофлора пародонтальних кишень у дітей різноманітна.

Переважають веретеноподібні палички, спірохета, коки, найпростіші, гриби. Вищезгадані показники змінюються залежно від глибини поширення патологічного процесу, характеру його перебігу (хронічний чи загострений).

За допомогою функціональних методів дослідження (реопародонтографія, біомікроскопія та ін.) можна виявити значні порушення мікроциркуляції: застійні явища в капілярах, зменшення об'ємного кровотоку в тканинах пародонта, зміна кількості і форми функціонуючих капілярів. Патоморфологічні зміни виявляються в усіх тканинах пародонта. Для цього захворювання характерні проліферація епітелію ясенної борозни і проростання його вздовж кореня зуба. У сполучній тканині ясен та в періодонті – пстіоцитарні інфільтрати, значна кількість плазматичних клітин, тканинних базофілів. Аргірофільні та колагенові волокна стовщені. Для кісткової тканини характерним є лакунарний тип резорбції. Пародонтальні кишень виповнені серозно-гнійним ексудатом з вогнищами остеолізису, є джерелом хронічної інфекції та інтоксикації, особливо у дітей. Вони можуть бути причиною вогнищезовумовлених захворювань.

Дані літератури (Т.Ф. Виноградова, 1987), а також наші спостереження свідчать про те, що у деяких дітей дистрофічно-запальні зміни в пародонті спостерігаються при таких захворюваннях, як цукровий діабет, спадкова нейтропенія, гістіоцитоз, долонно-підшовний дискератоз, хронічна анемія та ін. Для цієї групи захворювань характерні класичні ознаки генералізованого пародонтиту, тому захворювання розглядається як пародонтальний синдром при тому чи іншому загальному захворюванні.

*Лікування.* Лікування генералізованого пародонтиту має бути комплексним і включати загальні та місцеві його види. Призначення загальної терапії залежить від наявності соматичного захворювання у дитини, тому вона має проводитися спільно з педіатром, ендокрино-

логом та іншими спеціалістами. Місцеве лікування визначаються клінічними проявами захворювання. Воно складаються з таких етапів: усунення місцевих подразників (зубні нашарування, каріозні порожнини, травматична оклюзія, патологія прикусу, аномальне прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо); проведення протизапальної терапії з метою лікування симптоматичного, виразкового гінгівіту; лікування пародонтальних кишень. Для лікування гінгівіту та пародонтальних кишень у дітей перевагу необхідно віддавати неподразливим лікарським засобам. Вибір медика-мента має залежати від мікрофлори пародонтальної кишені та форми симптоматичного гінгівіту.

Важливе місце у комплексному лікуванні хворих з генералізованим пародонтитом посідають фізіотерапевтичні методи. Їх необхідно використовувати на різних етапах місцевого лікування. Під час їх вибору враховується механізм дії кожного фізіотерапевтичного методу. У дітей застосовуються різні види масажу, гідротерапія, світлолікування.

• **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. Ідіопатичні хвороби характеризуються прогресуючим швидким руйнуванням усіх тканин пародонта. Зміни в пародонті виражають поняттям «пародонтальний синдром», який звичайно поєднується із запальними проявами.

– **Пародонтальний синдром при некомпенсованому цукровому діабеті.** Симптом гінгівіту чи пародонтиту є одним із ранніх клінічних проявів цукрового діабету, що може бути важливою діагностичною ознакою хвороби.

**Клініка.** Ознаками гінгівіту є виражена кровоточивість, пухкість ясенних сосочків, гіперемія зі значним ціанозом, схильність до гіпертрофії ясен. Симптом гінгівіту у дітей з тимчасовим прикусом має викликати у лікаря підозру на наявність цукрового діабету.

Із прогресуванням цукрового діабету гінгівіт змінюється більш тяжкими змінами у пародонті. У таких випадках у дітей відзначаються класичні ознаки генералізованого пародонтиту: гінгівіт, утворення пародонтальної кишені, патологічна рухливість зубів, формування травматичної оклюзії, деструктивні зміни у кістковій тканині. Генералізований пародонтит характеризується агресивним перебігом, схильністю до абсцедування, кратероподібним характером деструкції коміркового відростка.

– *Пародонтальний синдром при спадковій нейтропенії* спостерігається порівняно рідко, характеризується зменшенням вмісту в периферичній крові і кістковому мозку нейтрофільних гранулоцитів.

В основі хвороби лежить спадковий дефіцит ферментів, що відповідають за нормальне дозрівання елементів нейтрофільного ряду. Випадіння функції належить до етапу нейтрофілопоезу, що відповідає переходу промієлоцитів у більш зрілі форми.

Розрізняють дві форми спадкової нейтропенії: постійну і періодичну, що передаються за рецесивним і домінантним типами (тобто патогенетично різними).

Постійна нейтропенія характеризується повною чи майже повною відсутністю нейтрофільних лейкоцитів у периферичній крові і кістковому мозку внаслідок гальмування їх дозрівання на стадії міелоцита. Загальна кількість лейкоцитів звичайно відповідає нормі чи дещо знижена. Одночасно спостерігається збільшення числа моноцитів і еозинофільних гранулоцитів. Кількість еритроцитів і тромбоцитів не змінена чи дещо збільшена.

Періодична (циклічна) характеризується повним (через кожні 2-3 тиж) зникненням нейтрофільних гранулоцитів у периферичній крові і кістковому мозку. Загальна кількість лейкоцитів знижується до 2,5-3,5  $\cdot 10^6$  в 1 л. Водночас спостерігається збільшення числа моноцитів та еозинофільних гранулоцитів. Кількість еритроцитів, як правило, не змінюється. Такі зміни в периферичній крові і кістковому мозку дістали назву нейтропенічних кризів, вони повторюються через суворо визначений час для кожного конкретного хворого і тривають 4-5 днів. Нейтропенічні кризи супроводжуються погіршенням стану дитини, підвищенням температури тіла, збільшенням шийних і підщелепних лімфатичних вузлів.

Клінічно нейтропенія (постійна чи періодична) проявляється вже в перші місяці життя гноячковими (пустульозними) ураженнями шкіри і

слизових оболонок, фурункулами (в тому числі і на шкірі голови), абсцесом підшкірної жирової клітковини, блефаритом. Нерідко виникає абсцес легень. Прорізування тимчасових зубів супроводжується виразковим гінгівітом, який є початком розвитку тяжкого генералізованого пародонтиту. До 3-річного віку з'являються пародонтальні кишень, патологічна рухомість тимчасових зубів, резорбція коміркового відростка. Це призводить до раннього випадання тимчасових зубів.

Прорізування постійних зубів частіше супроводжується гіпертрофічним гінгівітом. Із прогресуванням хвороби розвиваються всі ознаки генералізованого пародонтиту. Рентгенологічне у комірковому відростку відзначається резорбція кісткової тканини з чіткими контурами. До 12–14 років дитина втрачає зуби.

При періодичній нейтропенії різке зменшення кількості нейтрофільних гранулоцитів супроводжується загостренням процесу в ротовій порожнині – посилюються набряк і гіперемія ясен, по їх краю виникають виразки. Якщо діти користуються знімними протезами, то в місцях їх прилягання до слизової оболонки можливе утворення пролежнів.

Рентгенологічне деструктивний процес у кістковій тканині щелепи обмежується ділянкою коміркового відростка (не поширюється на тіло щелепи) і, як правило, має чіткі контури.

– **Пародонтальний синдром при гістіоцитозах.** Гістіоцитози – це група хвороб нез'ясованої етіології, що супроводжуються ендогенними порушеннями метаболізму і накопиченням продуктів порушеного обміну речовин в осідлих макрофагах (різновидність ретикулоендотеліоцитів). До гістіоцитозів належать еозинофільна гранульома чи хвороба Таратінова, хвороби Хенда – Шюллера – Крісчена, Леттерера – Сіве, Німанна – Піка, Гоше.

– **Хвороба Таратінова, чи еозинофільна гранульома,** характеризується розростанням у кістковому мозку ретикулоендотеліоцитів і порушенням внутрішньоклітинних ферментних процесів. Під час мікроскопічного дослідження виявляють виражену гіперплазію ретикулярних клітин, накопичення еозинофільних лейкоцитів, іноді великі клітини, що містять значну кількість холестерину, нейтральних жирів, фосфатидів. У периферичній крові епосі ерігаються помірний лейкоцитоз, еозинофілія (до 10–15 %).

Процес має хронічний перебіг і проявляється деструктивними змінами в плоских і трубчастих кістках. Найчастіше уражуються

кістки склепіння черепа, ребра, стегнові і тазові кістки, хребці. Еозинофільна гранульома спостерігається переважно у дітей дошкільного віку, рідше в пубертатний період.

*Клініка.* Розрізняють три клінічні форми еозинофільної гранульоми: вогнищеву (гніздову), дифузну і генералізовану.

Вогнищева форма еозинофільної гранульоми характеризується розвитком ледь болючого пухлиноподібного інфільтрату у віддалених від коміркового відростка ділянках тіла і гілці щелепи. Симптомів вираженого запалення і патологічних змін у ротовій порожнині немає. Рентгенологічне ця форма проявляється у вигляді обмежених вогнищ деструкції кісткової тканини кругло-овальної форми.

Дифузна форма еозинофільної гранульоми розвивається в комірковому відростку, поступово поширюється на тіло і гілку щелепи з проявами в ротовій порожнині. Процес, як правило, локалізується в ділянці молярів нижньої щелепи, рідше – одночасно на верхній і нижній щелепах.

У клінічному перебігу цієї форми хвороби виділяють два періоди: початковий і виражених змін. У початковий період можливі скарги на свербіж чи біль в інтактних зубах, набряк, гіперемію і кровоточивість ясен, а також їх виразкування. Під час об'єктивного обстеження виявляють пародонтальні кишені, масивні відкладення зубного каменю, поступове оголення кореня і прогресуючу рухомість окремих зубів. На рентгенограмі спостерігаються остеолітичні процеси в комірковому відростку з переважним ураженням міжзубних перегородок.

У період виражених змін описані клінічні прояви нарастають, що призводить до випадіння зубів, після чого залишаються болючі комірочки, які тривалий час не заростають. Рентгенологічна картина в цей період характеризується двома різновидами змін: обмеженими вогнищами деструкції в різних відділах коміркового відростка і тіла щелепи з нерівними з'єденими контурами; дифузним ураженням коміркового відростка і тіла щелепи у вигляді численних вогнищ деструкції, що зливаються один з одним, з крупнофестончастими нечіткими контурами.

У дітей грудного віку зміни коміркового відростка при еозинофільній грануломі в період, що передує прорізуванню зубів, характеризуються виникненням на ясенних валиках ділянок некротизованої тканини сіро-зеленого кольору, після відторгнення якої залишаються ерозії та виразки, які довго не загоюються. У подальшому на



цих ділянках спостерігається передчасне прорізування дуже рухомих тимчасових зубів.

Генералізована форма еозинофільної гранульоми відрізняється ураженням не тільки щелеп, а й інших кісток скелета. При цьому рентгенологічні зміни в щелепах відбуваються за типом як вогнищевого, так і дифузного ураження. У ротовій порожнині спостерігаються ознаки генералізованого пародонтиту; характерний симптоматичний виразково-некротичний гінгівіт.

Вирішальне значення для діагностики має гістологічне дослідження – поля ретикулярних клітин, серед яких дифузно або у вигляді накопичень виявляються еозинофільні гранулоцити. Є також ксантомні плазматичні клітини, лімфоцити, макрофаги. У разі виявлення таких змін дитина потребує своєчасного обстеження у педіатричному закладі (рентгенографія черепа, лопатки, кісток таза, дослідження крові, сечі).

– *Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена* – це хронічний гістіоцитоз з аутосомно-рецесивним або рецесивним типом успадкування, в основі якого лежить порушення холестеринового обміну. Характеризується утворенням у шкірі, лімфатичних вузлах, кістковому мозку і внутрішніх органах вогнищ проліферації клітин (мабуть, осідлих макрофагів), в цитоплазмі яких значно збільшений вміст ліпідів: холестерину, холінестерів і нейтральних жирів.

Клінічно проявляється нецукровим діабетом, екзофтальмом, вогнищами деструкції кісток (особливо черепа) – тріадою Крісчена, яка спостерігається не в усіх випадках. Найбільш постійною ознакою є ураження кісток черепа.

Хвороба розвивається поступово, з періодами ремісії, протягом кількох років. Хворіють переважно діти до 7-10 років та юнаки. У клінічному перебігу хвороби виділяють три періоди: початковий; виражених змін; ремісії (до 3-4 років).

У початковий період уперше проявляються ознаки хвороби: млявість, сонливість, зменшення маси тіла, порушення апетиту і сну, які нерідко сприймаються як прояви звичайних хвороб дитячого віку. На шкірі може з'явитися дрібний висип папульозного чи плямисто-папульозного характеру. Найтипівіша його локалізація – волосиста частина голови, шкіра за вухами і на грудях.

Зміни в тканинах пародонта на тлі лімфаденіту, себорейного дерматиту, адинамії та ін. ще до виникнення періоду виражених проявів

у багатьох випадках дозволяють у ранні терміни діагностувати хворобу і призначити лікування.

Клінічними ознаками пародонтиту є симптоматичний виразковий гінгівіт, заповнені грануляціями пародонтальні кишені, патологічна рухомість зубів, оголені, вкриті нальотом корені зубів. Виділення гною практично немає.

При рентгенологічному дослідженні виявляється деструкція коміркового відростка за лакунарним типом. Можлива наявність вогнищ ураження в ділянці тіла щелепи, її висхідної гілки.

Період виражених змін характеризується нецукровим сечовим виснаженням, екзофтальмом, збільшенням селезінки і печінки (меншою мірою), лімфаденітом. Описані неспецифічні ураження легень. У разі тривалого перебігу хвороби можливі зміни в нирках, органах кровообігу і нервової системи. У цей період спостерігається швидке прогресування процесу в тканинах пародонта.

У кістках черепа з'являються обмежені вогнища деструкції округлої чи овальної форми.

У пунктатах кісткового мозку та селезінки виявляють ксантомні клітини, що мають вирішальне діагностичне значення. Це гістіцити, які містять у цитоплазмі холестерин, холінестри і нейтральні жири у великій кількості.

У периферичній крові анемія, помірний лейкоцитоз, іноді – моноцитоз. Збільшується вміст холестерину.

– *Хвороба Леттерера–Сіве* – гострий системний прогресуючий спадковий гістіцитоз неліпоїдного характеру. Частіше хворіють діти віком 1–2 роки.

*Клініка.* Хвороба нерідко має гострий початок. Характеризується швидким розвитком і несприятливим прогнозом. У початковий період проявляється гарячкою, генералізованим збільшенням лімфатичних вузлів, дерматитом, дерматозом, плямисто-папульозним або папульозно-сквамозним висипом (злущені, відшаровані жовті кірки, лусочки), виразково-некротичним гінгівітом і генералізованим пародонтитом. Прояви хвороби швидко наростають. Пізніше до них приєднуються екзофтальм, нецукровий діабет, що проявляється підвищеною спрагою (діти випивають до 10 л рідини за добу), значним збільшенням селезінки і печінки, діареєю, геморагічною пурпурою, вторинними симптомами ураження органів кровообігу.

Рентгенологічно: деструктивні процеси виявляються як в комірковому відростку (за лакунарним типом), так і в ділянці тіла і висхідної гілки щелепи. Обмежені вогнища деструкції округлої чи овальної форми діагностуються також в інших плоских кістках: черепних, тазових.

У пунктатах кісткового мозку у вогнищах ураження виявляється проліферація ретикулоендотеліоцитів. У крові – анемія, еозінофілія, тромбоцитоз, підвищена ШОЕ; характерна низька щільність сечі, ретикулогістіоцитозна проліферація в пунктатах і матеріалах біопсії.

Синдром пародонтиту спостерігається також при ретикулоендотеліозах, ліпоїдозах, до яких належать *хвороба Гоше* і *хвороба Німанна – Піка*.

– **Хвороба Гоше.** Розрізняють гостру і хронічну форми хвороби. Хронічна форма найчастіше спостерігається у дітей віком понад 10 років. Поряд із загальними ознаками хвороби виникають ураження пародонта у вигляді проліферативних змін ясен, рухомості зубів, утворення патологічних зубо-ясенних кишень. У комірковому відростку, тілі нижньої щелепи виявляються обмежені або дифузні вогнища остеопорозу. Діагноз встановлюють на підставі гістологічного дослідження – виявлення клітин Гоше.

– **Хвороба Німанна-Піка.** Хворіють діти у віці від 2 міс до 3 років. Перебіг хвороби відбувається з переважним ураженням кісток, у тому числі щелепних. При ураженні коміркового відростка типовою є картина тяжкого генералізованого пародонтиту з швидкою втратою тимчасових зубів. Діагноз встановлюють після проведення гістологічного дослідження пунктату кісткової тканини - виявлення клітин Німанна – Піка.

– **Синдром Лефевра-Паніюна** – спадкова хвороба, в основі якої лежить порушення триптофанового обміну; успадковується за ауто-сомно- рецесивним типом. Характеризується поєднанням долонно-підшовного дискератозу (патологічне зроговіння окремих клітин шипуватого шару епідермісу і розплавлення міжклітинних містків) і запально-дистрофічних змін у пародонті.

Дискератоз у вигляді вогнищ гіперкератозу (жовтуватого чи коричневого кольору) і підвищеного злущення епідермісу, що чергуються, до утворення болючих, кровоточивих тріщин уражує симетричні ділянки долонь і підшов, іноді поширюється на тильну поверхню кистей і стоп, ділянку ліктювих і колінних суглобів. Вогнище

ураження оточене тонкою стійкою ліловою облямівкою, що відмежовує його від здорових тканин.

Прорізування тимчасових зубів супроводжується запаленням ясен, яке не вдається усунути. З часом посилюється утворення пародонтальних кишень із розростанням грануляційної тканини, виділенням гною і рухомістю зубів. До 4-6 років у таких дітей практично не залишається зубів. Аналогічні зміни спостерігаються також під час прорізування постійних зубів. Генералізований пародонтит швидко прогресує і у віці 14-15 років призводить до випадіння постійних зубів із подальшим використанням знімних протезів.

– **Пародонтальний синдром при гіпоімунглобулінемії.** Хвороба зумовлена дефіцитом одного або кількох класів імуноглобулінів, має природжений або набутий характер. Звичайно проявляється розвитком гнійних процесів у різних органах.

У ротовій порожнині розвиваються гіпертрофічний гінгівіт і генералізований пародонтит. Спочатку зміни мають проліферативний характер, ясенні сосочки гіпертрофовані, ступінь їх гіпертрофії може бути різним. Інколи ясенні сосочки досягають різальної або жувальної поверхні зубів. Пізніше процес набуває характеру генералізованого пародонтиту. Рентгенологічне виявляється процес у комірковому відростку.

– **Акаталазія (хвороба Такаха)** – спадкова аномалія обміну, пов'язана з відсутністю ферменту каталази в крові і тканинах. Каталаза бере участь у процесах руйнування перекису водню, що утворюється в результаті тканинного метаболізму. При акаталазії відсутня захисна роль ферменту по відношенню до перекису водню, яку продукують мікроорганізми порожнини рота (напр. гемолітичний стрептокок). У результаті впливу перекису на слизову оболонку порожнини рота і можливого локального дефіциту кисню розвивається пародонтальний синдром. Захворювання проявляється в підлітковому віці у вигляді виразково-некротичного гінгівіту. З віком відбувається атрофія ясен, спостерігається випадіння зубів. Злоякісні форми характеризуються поширенням альтеруючого запалення на м'які тканини і кісткові структури щелеп. Прогноз акаталазії сприятливий: з настанням статевої зрілості пародонтальний синдром може зникнути.

– **Синдром Панійона-Лефевра** – лікування симптоматичне в комплексі з дерматологом і педіатром.

– *Некомпенсований цукровий діабет* – проводиться симптоматичне лікування в комплексі з ендокринологом і педіатром.

– *Спадкова нейтропенія* – проводиться комплексне лікування разом із гематологом і педіатром. Симптоматичне місцеве лікування, як правило, не дає помітних і стійких наслідків.

– *Гістіоцитози* – лікування симптоматичне в комплексі з імунологом, гематологом, педіатром.

– *Еозинофільна гранульома (хвороба Таратінова)*. Лікування: симптоматична терапія + хірургічне лікування: кюретаж, вакуум-кюретаж, гінгівотомія.

– *Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена*. Лікування: рентгенотерапія, стероїдні гормони. Симптоматичне лікування.

– *Хвороба Леттерера-Зіве (гострий кістковий ксантоматоз)*. Лікування симптоматичне.

– *Хвороба Німанна-Піка*. Лікування симптоматичне.

– *Хвороба Гоше Місцева*. Лікування симптоматичне.

Імунодефіцитні стани: агаммаглобулінемія (гіпоіммуноглобулінемія).

Місцеве симптоматичне лікування.

– *Акаталазія (хвороба Такахара)*. Місцеве застосування антимікробних засобів дає тимчасове покращання.

Лікування усіх ідіопатичних хвороб пародонта місцеве симптоматичне. Всім дітям потрібна генетична консультація.

*2.3. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки знань за темою заняття:*

**№1.** Дитина 14-ти років впродовж останнього тижня скаржиться на біль і кровоточивість ясен при чищенні зубів і вживанні їжі. Об'єктивно: слизова оболонка ясен у фронтальній ділянці щелеп набрякла, інтенсивно гіперемована, легко кровить при інструментальному дослідженні. КПВ=6. Стан гігієни ротової порожнини незадовільний. Зубну щітку якої жорсткості слід рекомендувати для індивідуальної гігієни порожнини рота в даний період захворювання?

А. м'яка;

В. середня;

С. жорстка;

Д. дуже м'яка;

Е. дуже жорстка.

Батьки 5-річної дитини виявили неї рухливість зубів і кровоточивість ясен. Об'єктивно: слизова оболонка набрякла, гіперемована, легко кровоточить, рухливість зубів I-II ступеня. При огляді виявлено також гіперкератоз долоней. Яке додаткове обстеження органів ротової порожнини необхідно провести?

- A. рентгенологічне;
- B. електроодонтометричне;
- C. біопотенціалометрія;
- D. бактеріологічне;
- E. вітальне забарвлення.

№2. У дівчинки 13-ти років спостерігається кровоточивість ясен і рухливість передніх зубів протягом останнього місяця. Об'єктивно: слизова оболонка ясен у ділянці нижніх різців та іклів набрякла, гіперемована, кровить під час дотику. Рухливість цих зубів I ступеня, пародонтальні кишені - 3 мм. На ортопантограмі - зменшення кісткової тканини міжальвеолярних перегородок на 1/3 їх висоти. Визначається скупченість фронтальних зубів нижньої щелепи. ГІ - 4,2. Які місцеві лікувальні заходи необхідно провести у першу чергу?

- A. професійна гігієна;
- B. протизапальна терапія;
- C. ортодонтичне лікування;
- D. фізіотерапевтичне лікування;
- E. антибактеріальна терапія.

№3. Хворий 11-ти років скаржиться на рухливість зубів, кровоточивість ясен. Хворіє з 3-х років. Об'єктивно: ясна в ділянці всіх зубів гіперемовані, набряклі, кровоточать при інструментальному обстеженні. Корені зубів оголені на 1/3, вкриті білим нальотом. Рухливість зубів 2 ступеня. Зубоясеневі кишені глибиною 4-5 мм. При зовнішньому огляді спостерігається сухість і потовщення шкірних покривів у ділянці долонь, передньої третини передпліч, підошовних поверхонь; наявні тріщини. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. синдром Папійона-Лефевра;
- B. хвороба Гоше;
- C. хвороба Леттерера-Сиве;
- D. хвороба Хенда-Шюллера-Крисчена;
- E. хвороба Німана-Піка.

№4. У хлопчика 10-ти років у порожнині рота виявлено виразковий гінгівіт, пародонтальні кишені, патологічну рухливість всіх зубів, оголення коренів зубів. При рентгенологічному обстеженні виявлено деструкцію альвеолярного паростка лакунарного типу. Клінічно проявляється нецукровий діабет, гепатоспленомегалія, екзофтальм, рентгенологічно - осередкова деструкція плоских кісток. Визначте найбільш вірогідний діагноз:

- A. хронічний гістіоцитоз;
- B. синдром Папійона-Лефевра;
- C. циклічна нейтропенія;
- D. гіпоімуноглобулінемія;
- E. постійна нейтропенія.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

- Аналіз рентгенологічного дослідження дитини з захворюванням тканин пародонту.
- План комплексного лікування локалізованого та генералізованого пародонтиту у дітей.
- Тактика лікаря-стоматолога при проведенні лікування пародонтального синдрому.
- Заходи для диспансерного спостереження дітей із захворюваннями пародонтального синдрому.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів вищої освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## Список рекомендованої літератури

### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривонос Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. - К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018. – 448 с.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

### *Додаткова:*

1. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, І.Кириленко, О.Г. Денисенко. – 2018, 992 с.

2. Herbert F. Wolf. Color Atlas of Dental Medicine. – 2018. – 580 p.



3. Atlas of Oral Diseases. The guide for Daily Practice. Van der Waal Isaak. – 2016. – 556 p.

4. Stomatology in 2 books. Rozhko M.M. – 2020. – 792 p.

5. Тестові завдання для підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту з дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія»: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. ф-тів та лікарів-інтернів / О. І. Годованець, І. С. Марчук, Л. Г. Гринкевич [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ВДНЗ України «Буковин. держ. мед. Унт». – Чернівці: БДМУ, 2019. – 232 с.

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

## Практичне заняття № 4

**Тема:** Гострий герпетичний стоматит у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, лікування, профілактика.

**Мета:** глибинне оволодіння навчальною дисципліною шляхом удосконалення теоретичних знань та професійних компетентностей здобувачів вищої освіти під час вивчення етіології, патогенезу, клініки, лікування, профілактики гострого герпетичного стоматиту у дітей.

**Основні поняття:** етіологічних чинників, що викликають розвиток гострого герпетичного стоматиту у дітей, клінічних проявів різних ступенів важкості гострого герпетичного стоматиту в дитячому віці, патогенезу гострого герпетичного стоматиту, диференційної діагностики гострого герпетичного стоматиту у дітей та схеми лікування різних ступенів важкості гострого герпетичного стоматиту у дітей.

**Обладнання:** мультимедійний проектор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження.

**Навчальний час:** 4 години

### План

1. Організаційні заходи: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання етіологічних чинників, що викликають розвиток гострого герпетичного стоматиту у дітей, клінічних проявів різних ступенів важкості гострого герпетичного стоматиту в дитячому віці, патогенезу гострого герпетичного стоматиту, диференційної діагностики гострого герпетичного стоматиту у дітей та схеми лікування різних ступенів важкості гострого герпетичного стоматиту у дітей.

2. Контроль опорного рівня знань: фронтальне опитування здобувачів вищої освіти, спілкування з батьками дітей з метою збору анамнезу, клінічний огляд дітей, складання плану клінічного обстеження, дискусія щодо обґрунтування діагнозу. Контроль знань та вмій базового обстеження в клініці дитячої стоматології.

*2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);*

Знати:

- Яка етіологія гострого герпетичного стоматиту у дітей?
- Визначите патогенез розвитку гострої герпетичної інфекції?
- Перелічіть методи діагностики гострого герпетичного стоматиту
- Які клінічні ознаки гострого герпетичного стоматиту різних ступенів важкості – легкої, середньої та важкої?
- Визначите диференційну діагностику ГГС різних ступенів важкості.
- Назвіть етапи лікування гострого герпетичного стоматиту
- Які засоби та заходи профілактики гострого герпетичного стоматиту у дітей ?

*2.2. Зміст теми:*

*Етіологія.* Хвороба спричиняється вірусом звичайного герпесу (ВЗГ), який є ДНК-вмісним і належить до групи нейротропних. Хвороба найчастіше виникає у дітей віком від 6 міс до 3 років, проте може спостерігатися також і у дітей старшого віку. Джерелом інфекції є діти з гострими формами хвороби, рецидивами герпетичної інфекції, дорослі. Передача інфекції відбувається контактним і повітряно-крапельним шляхами. Виникає нерідко у вигляді епідемічних спалахів у дитячих колективах. Цьому сприяє невелика тривалість інкубаційного періоду хвороби (2-6 днів).

ГГС як типова інфекція має 5 періодів розвитку: інкубаційний, продромальний, розпалу хвороби, згасання і клінічного видужання. Інкубаційний період триває від 2 до 17 днів. Виникненню хвороби сприяє травма покривних тканин.

Після проникнення інфекційного агента в організм дитини він починає розмножуватись у клітинах місцевих тканин і прилеглих лімфатичних вузлах. Після місцевого ураження вірус може поширюватись гематогенним і неврогенним шляхами (первинна вірусемія). Накопичуючись у різних органах (печінці, селезінці та ін.) і тканинах, він спричиняє їх ураження з утворенням некротичних ділянок.

Після накопичення вірусу в цих органах виникає вторинна вірусемія, під час якої вірус уражує шкіру, слизові оболонки, де відбувається його внутрішньоклітинне розмноження.

*Клініка.* Залежно від ступеня прояву клінічних симптомів розрізняють легку, середньотяжку і тяжку форми герпетичного стоматиту. Хвороба характеризується інтоксикацією організму, вираженою запальною реакцією слизової оболонки ротової порожнини, пригніченням місцевого імунітету; характерним є лімфаденіт підщелепних, рідше – шийних лімфатичних вузлів, що передує розвитку хвороби і зберігається протягом 7-12 днів після епітелізації в ротовій порожнині.

Хвороба починається з підвищення температури тіла від 37,5 до 38-39 °С. У цей період погіршується загальний стан дитини, спостерігаються слабкість, головний біль, нудота, блідість шкіри. У ротовій порожнині виявляються гіперемія, кровоточивість ясен (катаральний гінгівіт), катаральна ангіна. У період розвитку хвороби через 1-2 доби на тлі посиленої гіперемії виникають поодинокі або численні елементи ураження, що розташовуються на слизовій оболонці губів, щік, язика, м'якого і твердого піднебіння, ясен. Це ділянки поверхневого некрозу епітелію або пухирці діаметром 1-3 мм з прозорим або мутним вмістом, які швидко розриваються, утворюючи вторинні елементи – ерозії або афти. Афти вкриті жовтуватим фібринозним нальотом мають круглу або овальну форму і тонку червону облямівку, різко болючі при доторканні, розміром від просяного зерна до вишневої кісточки.

При *легкій формі* хвороби кількість афт досягає 3-5, висипання одноразові, хвороба триває 4-7 днів. На шкірі приротової ділянки, повіках, вушній часточці спостерігаються типові герпетичні пухирці. Елементи зливаються і утворюють великі ділянки некрозу, їх кількість залежить від ступеня тяжкості хвороби.

*Середньотяжка форма* ГГС характеризується тривалішим перебігом (7-12 днів), наявністю 5-15 елементів ураження, їх рецидивами до 2-3 разів, значною інтоксикацією.

*Тяжка форма* ГГС спостерігається значно рідше. Температура тіла дитини підвищується до 39-40 °С. Уражуються значні ділянки слизової оболонки ротової порожнини внаслідок великої кількості елементів.

*Характерні численні рецидиви.* Катаральний гінгівіт переходить у виразково-некротичний. Тяжкі зміни в ротовій порожнині супроводжуються проявами запалення слизової оболонки носа, дихальних шляхів. Спостерігається виражена інтоксикація. Нерідко виникають порушення з боку органів кровообігу, травного каналу (пронос). У

крові виявляються значні зміни (лейкопенія, еозинофілія, зрушення лейкограми вліво), спостерігається пригнічення гуморальних і місцевих чинників імунітету.

Особливістю ГГС є різка болючість ділянок ураження, афт. Вона посилюється під час доторкання, вживання їжі. Акт мови порушується внаслідок болючості при рухах язика. Стоматит супроводжується підвищеною саливацією, неприємним запахом із рота.

Період клінічного видужання характеризується зменшенням запальних проявів, очищенням вогнищ ураження від фібринозного нальоту та епітелізацією елементів ураження. ГГС потрібно диференціювати з подібними за клінічними проявами гострими інфекційними дитячими хворобами, багатомформною ексудативною еритемою, медикаментозним стоматитом.

Діагностика ГГС ґрунтується на даних клінічних проявів, анамнезу щодо епідеміологічного оточення, результатах вірусологічного, серологічного, цитологічного і імунофлюоресцентного досліджень. При цитологічному дослідженні для стадії дегенерації характерні величезні багатоядерні клітини, їх розміри можуть перевищувати розміри звичайних епітеліальних клітин. Форма їх округла, цитоплазма блакитного кольору, кількість ядер – 2 і більше.

*Лікування* залежить від віку дитини, патогенезу, тяжкості клінічного перебігу, періоду розвитку хвороби, наявності супутніх хвороб. Необхідні дотримання постільного режиму та ізоляція дитини.

У разі легкої форми з перших днів хвороби слід проводити місцеве лікування для знеболювання слизової оболонки ротової порожнини, профілактики рецидивів, виникнення нових елементів і прискорення епітелізації вогнищ ураження.

Для знеболювання слизової оболонки ротової порожнини слід використовувати: 3-5 % олійну суміш анестезину, 1 % розчин піромікаїну, уснінат натрію в гліцерині або в ялівцевому бальзамі з додаванням 2 % анестезину.

Знеболювання проводять шляхом обережного змазування уражених ділянок слизової оболонки ротової порожнини, губів за 3-5 хв до лікування або годування дитини.

З перших днів лікування необхідно застосовувати протівірусні препарати з метою блокування репродукції вірусів у клітинах, їх елімінацію. Для цього використовують оксолін (0,25 % мазь), теброфен (1,2,3 і 5 % мазь), флореналь (0,5 % мазь).

Доцільним є вживання більш нових протівірусних препаратів, таких як бонафтон, рідоксол, госипол. Бонафтон і рідоксол використовують у вигляді 0,25, 0,5, 7 % мазі. Госипол наносять на уражену слизову оболонку ротової порожнини у вигляді 3 % лініменту або 0,1 % водного розчину, який виготовляється з порошку госипола.

Перспективними новими антивірусними препаратами є так звані аномальні нуклеозиди. Серед них найефективнішим є ацикловір (зовіракс). Він має вибірково протівірусну дію.

Протівірусна дія зовіраксу зумовлена його конкретною взаємодією з ферментом вірусу тимідинкіназою. Під впливом тимідинкінази відбуваються перетворення ацикловіру на моно-, ди- і трифосфат ацикловіру. Останній взаємодіє з вірусною ДНК, котра синтезується для нових вірусів. Таким чином формуються дефектна вірусна ДНК, що призводить до пригнічення реплікації нових поколінь вірусів. Препарат діє як термшатор синтезу ДНК. Зовіракс випускається у таблетках, у вигляді мазі, крему (5 %).

Окрему групу протівірусних препаратів складають *інтерферони*. Вони мають широкий спектр дії як на віруси, які вміщують РНК і ДНК. Для цього використовуються інтерферон людський лейкоцитарний сухий по 1000 МО протівірусної активності у вигляді таблеток або гігроскопічного порошку білого або рожеватого кольору в ампулах. Інтерферон призначають шляхом закапування у кожний носовий хід або інгаляцій протягом 2-3 днів не менше 5 разів на добу. Серед інтерферонів важливе місце займає лаферон – лікарська форма людського рекомбінантного а-2р-інтерферону, синтезованого клітинами кишкової палички. Лаферон володіє протівірусною та імуномодельною дією.

Його призначають дітям, у тому числі і новонародженим, інтраназально по 4-6 крапель у кожний носовий хід 3-6 разів на добу протягом 3-5 днів; новонародженим – 20 000-50 000 МО/мл, для дітей старшого віку – 100 000 МО/мл.

У разі вираженої запальної реакції і великої кількості фібринозного нальоту показані препарати протеолітичних ферментів – трипсин, хімотрипсин, дезоксирибонуклеаза.

При середньотяжкій формі ГГС значно зменшуються терміни лікування при місцевому застосуванні емульсії з ністатином, преднізолоном і ретинолом (О.І. Марченко і співавт., 1988).

Після ліквідації гострого запалення слизової оболонки ротової порожнини і очищення афт від фібринозного нальоту з метою епітелізації рекомендується призначення олійних розчинів ретинолу і токоферолу ацетату, шипшинової олії, каротоліну, солкосерилу, аерозолу «Лівіан», вініліну, соку каланхое та інші.

Як симптоматичне лікування призначають ппосепсиділізуючі препарати, саліцилати, анальгетики, вітаміни. Оскільки герпетична інфекція пригнічує імунну систему, дітям при середньотяжкій і тяжкій формах ГГС корисно призначати імуномодулятор левамізол. Механізм дії левамізола пов'язаний з активацією і проліферацією Т-лімфоцитів, підвищенням кількості моноцитів, підвищенням активності макрофагів, збільшенням хемотаксису нейтрофільних гра-нулоцитів.

В умовах стаціонару при тяжкій формі ГГС застосовують лізоцим, продигіозан, антибіотики широкого спектра дії, сульфаніламідні препарати, проводять дезінтоксикаційну терапію (внутрішньовенне струминне вводять 10 % розчин глюкози, реополіглюкін, плазму, альбумін). З фізичних методів лікування показане ультрафіолетове опромінення.

У комплексі лікувальних заходів важливу роль відіграють раціональне харчування і догляд за хворою дитиною. Діста має передбачати достатню кількість білків, вітамінів, мікроелементів, унаслідок інтоксикації дитині потрібно багато пити. Їжа має бути м'якою, не подразнювати слизову оболонку.

Профілактика передбачає виявлення осіб з рецидивуючим простим герпесом серед обслуговуючого персоналу в дитячих колективах та батьків, своєчасну ізоляцію хворої дитини та обстеження дітей, котрі були в контакті з нею, контроль за групою дітей підвищеного ризику віком 1-3 роки, що часто хворіють на ГРВХ, ізоляція лікувального кабінету для приймання дітей, хворих на ГГС, з метою запобігання контакту з іншими дітьми, які відвідують поліклініку.

*2.3. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки знань за темою заняття:*

№1. Дитина 8-ми років скаржиться на біль і відчуття свербіння на нижній губі, незначну слабкість, головний біль. Протягом останнього тижня хворіла на ГРВІ. Об'єктивно: на межі червоної облямівки та шкіри нижньої губи на тлі гіперемії та набряку виявляються дрібні

згруповані пухирці з серозним вмістом. Визначте збудника даного захворювання:

- A. вірус герпесу;
- B. вірус Коксакі;
- C. дріжджеподібні гриби;
- D. кокова флора;
- E. змішана флора.

№2. У дитини 2,5 років вчора ввечері з'явився біль у порожнині рота під час прийому їжі та підвищилася температура до 38,3 °С, Об'єктивно: на гіперерованій слизовій оболонці спинки язика декілька ерозій округлої форми 1-3 мм у діаметрі, вкритих сіруватобілим нальотом. Ясна на обох щелепах гіпереровані, набряклі. Підщелепний лімфаденіт. Які препарати слід призначити у першу чергу?

- A. протівірусні;
- B. протизапальні;
- C. протигрибкові;
- D. кератопластики;
- E. антисептичні.

№3. Дівчина 16-ти років звернулася зі скаргами на різкі болі у порожнині рота, підвищення температури до 38,3 °С . Після обстеження був встановлений попередній діагноз: гострий герпетичний стоматит. Що буде виявлено при цитологічному дослідженні матеріалу з поверхні ерозій?

- A. гігантські багатоядерні клітини;
- B. акантолітичні клітини;
- C. атипові клітини;
- D. клітини Пирогова-Лангганса;
- E. елементи ретикулоендотеліальної системи.

№4. Батьки з дівчинкою 1,5 років звернулись до лікаря-стоматолога зі скаргами на підвищення температури тіла до 38 °С, погіршення загального стану, наявність висипань в порожнині рота. Хворіє 3-й день, висипання з'явилися день тому. Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості, то- 37,8 °С. На шкірі обличчя три пухиря. Слизова оболонка порожнини рота гіперерована. На язиці, що ках, піднебінні ерозії (15-20). Підщелепні лімфатичні



вузли збільшені, болісні під час пальпації. Який попередній діагноз?

- A. гострий герпетичний стоматит;
- B. хронічний рецидивуючий стоматит;
- C. багатоформна ексудативна еритема;
- D. виразково-некротичний стоматит;
- E. гострий кандидозний стоматит.

№5. У дитини 3-х років вчора у порожнині рота з'явилися висипання та болісність під час прийому їжі. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 37,5 °С, підщелепні лімфовузли збільшені, болісні під час пальпації. На слизовій оболонці губ, язика, декілька ерозій округлої форми, діаметром 1-3 мм, з вінчиком гіперемії, вкриті білуватим нальотом. Ясна гіперемована, набрякла. Які препарати необхідно призначити у першу чергу?

- A. протівірусні;
- B. протизапальні;
- C. протигрибкові;
- D. кератопластики;
- E. антисептики.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

- Патогенез розвитку гострої герпетичної інфекції у дитини.
- Діагностика гострого герпетичного стоматиту різних ступенів важкості.
- Диференційна діагностика ГГС різних ступенів важкості.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів вищої освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття,

оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньо-арифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## Список рекомендованої літератури

### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривонос Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. - К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018. – 448 с.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

*Додаткова:*

1. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. – 2018, 992 с.
2. Herbert F. Wolf. Color Atlas of Dental Medicine. – 2018. – 580 p.
3. Atlas of Oral Diseases. The guide for Daily Practice. Van der Waal Isaak. – 2016. – 556 p.
4. Stomatology in 2 books. Rozhko M.M. – 2020. – 792 p.
5. Тестові завдання для підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту з дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія»: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. ф-тів та лікарів-інтернів / О. І. Годованець, І. С. Марчук, Л. Г. Гринкевич [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ВДНЗ України «Буковин. держ. мед. Унт». – Чернівці: БДМУ, 2019. – 232 с.

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>
2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

## Практичне заняття № 5

**Тема:** Прояви в порожнині рота та при інфекційних захворюваннях у дітей. Тактика лікаря-стоматолога.

**Мета:** глибинне оволодіння навчальною дисципліною шляхом удосконалення теоретичних знань та професійних компетентностей здобувачів вищої освіти під час вивчення інфекційних захворювань у дітей та тактики лікаря-стоматолога.

**Основні поняття:** діагностичних критеріїв проявів інфекційних захворювань в порожнині рота у дітей, диференційної діагностики проявів інфекційних захворювань в ротовій порожнині у дітей, вибору лікарських засобів і місцевої терапії проявів інфекційних захворювань в ротовій порожнині у дітей, рекомендацій щодо догляду за порожниною рота при інфекційних захворюваннях у дітей, диференційної діагностики клінічних проявів інфекційних захворювань в порожнині рота у дітей.

**Навчальний час:** 4 години

### План

1. Організаційні заходи: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання діагностичних критеріїв проявів інфекційних захворювань в порожнині рота у дітей, диференційної діагностики проявів інфекційних захворювань в ротовій порожнині у дітей, вибору лікарських засобів і місцевої терапії проявів інфекційних захворювань в ротовій порожнині у дітей, рекомендацій щодо догляду за порожниною рота при інфекційних захворюваннях у дітей, диференційної діагностики клінічних проявів інфекційних захворювань в порожнині рота у дітей.

2. Контроль опорного рівня знань:

Фронтальне опитування здобувачів вищої освіти, спілкування з батьками дітей з метою збору анамнезу, клінічний огляд дітей, складання плану клінічного обстеження, дискусія щодо обґрунтування діагнозу. Контроль знань та вмінь базового обстеження в клініці дитячої стоматології.

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

Знати:

- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при вітряній віспі?
- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при оперізувальному герпесі?
- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при кору?
- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при інфекційному мононуклеозі?
- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при гострих респіраторних вірусних хворобах?
- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при краснусі?
- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при скарлатині?
- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при кашлюці?
- Які зміни слизової оболонки ротової порожнини при дифтерії?

2.2. Зміст теми:

**Гострі респіраторно-вірусні інфекції (ГРВІ)** є більшою групою етіологічно неоднорідних вірусних захворювань, що характеризуються трудящих загальними симптомами інфекційного токсикозу і ураженням слизових оболонок дихальних шляхів. Грип та інші гострі респіраторні вірусні захворювання займають основне місце в інфекційній патології людини як самі масові хвороби, що вражають в найкоротші терміни жителів різних країн і континентів. Виділено групу підвищеного медичного та епідемічного ризику розвитку цих захворювань, яку складають: діти до 3 років; діти, страдають хронічними легеневидами (в тому числі бронхіальну астму) і серцево-судинними захворюваннями; діти з імунною недостатністю, в тому числі ВІЛ-інфіковані та приймають імунодепресанти.

• **Грип.**

Збудником *групи* є РНК-віруси типу А, В і С групи міксовірусів сімейства ортомиксовірусів.

Захворювання широко поширене, характеризується схильністю до епідемічного і пандемічного поширення. Протягом останнього часу циркулюють переважно віруси типу А, причому зміна одне - го ан-

тигену відбувається практично кожні 2-3 роки. Пандемічний поширення грипу, що викликається новим варіантом збудника, призводить до значно більш високого рівня захворюваності населення практично всіх територій світу. Джерелом інфекції є хвора з перших годин захворювання до 7-14-го дня. Максимальна контагіозність грипу спостерігається на 2-3-й день. Механізм передачі інфекції - повітряно-крапельний. Після перенесеного захворювання типоспецифічний імунітет існує в продовж 1-3 років.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період від декількох годин до 1-2 днів. Першими симптомами хвороби є озноб, раптове підвищення температури тіла до 37,5-40 °С, біль в м'язах і суглобах. Типова клінічна картина грипу характеризується наявністю двох провідних симптомів – загальної інтоксикації і катаральних явищ у верхніх дихальних шляхах.

Зміни слизової оболонки порожнини рота при грипі характеризуються появою гіперемії, посилено – їм судинного малюнка.

Описані симптоми особливо виражені в дистальних відділах порожнини рота, на м'якому і твердому піднебінні. При наявності інфекції, викликаній вірусом грипу типу В, виникає зерниста енантема (симптом Морозкіна).

При тяжкому перебігу грипу можливий розвиток рецидиву хронічних інфекційних уражень (вірусних, грибкових і мікробних) на слизовій оболонці порожнини рота. Найбільш поширеним ускладненням інфекції в порожнині рота є герпетичний стоматит, а в разі застосування антибіотикотерапії - кандидозний стоматит.

#### • *Парагрип.*

Віруси *парагрипу* людини - РНК-віруси, які відносяться до сімейства параміксовірусів.

Захворювання досить поширене, особливо серед дітей молодшого дошкільного віку. Випадки парагриппозної інфекції реєструються протягом року, проте в весняно-осінній період спостерігається підйом захворюваності.

Джерелом інфекції є хвора людина протягом усього гострого періоду (7-10 днів). Шлях передачі парагрипу - повітряно-крапельний. Специфічний імунітет після перенесеного захворювання нетривалий.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період при парагрипу триває від 2 до 7 днів. Захворювання починається з підвищення температури тіла, появи слабо виражених симптомів інтоксикації і катаральних

явищ. Нерідко на ранніх стадіях розвитку інфекції з'являється круп. Досить часто при парагрипу виникають ускладнення, обумовлені бактеріальною флорою, - пневмонія, ангіна, отит та ін.

Слизова оболонка порожнини рота у хворих на парагрип набрякла, помірно гіперемірована. Найбільш виражені зміни спостерігаються в ретромоларній області, на м'якому і твердому піднебінні, на задній стінці глотки. При тяжкому перебігу захворювання у ослаблених дітей можливий розвиток стоматиту, обумовленого активізацією кандидозної і мікробної інфекції. Рецидиви герпетичес - кой інфекції спостерігаються досить рідко.

#### • *Аденовірусна інфекція.*

Захворювання викликають ДНК-віруси. Джерелом інфекції є хвора людина протягом перших 2-4 тижнів захворювання, а також здорові носії. Механізм передачі захворювання - повітряно-крапельний або аліментарний. Найбільш сприйнятливими до аденовірусної інфекції є діти у віці від 6 місяців до 5 років. Захворювання зустрічається повсюдно в формі спалахів в організованих дитячих колективах.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період аденовірусної інфекції триває від 2 до 12 діб. Захворювання починається гостро, з послідовним виникненням симптомів. Температура тіла підвищується до 38-40 °С, виникають катаральні явища. Симптоми інтоксикації помірно виражені. У дітей молодшого віку можливий розвиток запальних процесів в нижніх дихальних шляхах, на кон'юнктиві, а іноді - астматичного синдрому, діареї і мезентеріального лімфаденіту.

На слизовій оболонці порожнини рота хворих аденовірусної інфекцією спостерігаються помірна гіперемія і набряк. Часто виникають рецидиви герпетичного та кандидозного стоматиту. У разі важкого і ускладненого перебігу захворювання можлива активізація фузоспіріллярної інфекції і розвиток ангіни і стоматиту Венсана.

*Лікування ГРВІ.* У гострий період захворювання хворі повинні дотримуватися постільного режиму і дотримуватися принципів ізоляції. Показано включення до складу комплексного лікування хворих лейкоцитную інтерферону шляхом інстиляції в носові ходи - по 5 крапель кожні 2-3 год протягом 5 днів або інгаляції, а також рибонуклеази. При аденовірусній інфекції в якості етіотропного препарату використовують 0,05 % розчин дезоксирибонуклеази для інстиляцій

на слизову оболонку носа: по 3-4 краплі кожні 3 год протягом 2-3 днів. В якості патогенетичної і симптоматичної терапії призначають жарознижуючі засоби, полівітамінні препарати, розчини антисептиків для полоскань і т.д.

Місцеве лікування уражень слизової оболонки порожнини рота полягає в дотриманні правил гігієни порожнини рота, обробці елементів ураження розчинами антисептиків, зрошенні або аплікації розчинів лаферона, рибонуклеази, дезоксирибонуклеази, змащення олійними розчинами кертопластиків.

• ***Kip (B05).***

Захворювання викликається вірусом сімейства *Paramixoviridae* роду *Morbillivirus*. Джерелом інфекції є хвора людина в останні дні інкубаційного періоду і перші 4-10 днів періоду висипань. Шлях передачі інфекції - повітряно-крапельний. Контагіозність кору надзвичайно висока. Діти перших 3 міс життя мають трансплацентарний імунітет до кору, хоча можливе виникнення внутрішньоутробної інфекції. У зв'язку з активною вакцінопрофілактики зросла частота захворювання серед дітей старшого віку, після перенесеного захворювання формується стійкий імунітет. Карантин для хворих дітей триває до 4 10-го дня періоду висипань. У неболевших дітей карантинні заходи здійснюються за 7 до 17-го, а іноді до 21-го дня з моменту контакту.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період кору триває від 9 до 17, а інколи - та й до 21 дня. У перебігу захворювання виділяють катаральний (продромальний) період, періоди висипань і пігментації. На початку катарального періоду розвиваються гіпертермія до 38-39 °С, симптоми інтоксикації, кашель. На 2-й день захворювання температура тіла знижується до субфебрильної, однак посилюються катаральні явища - нежить, сухий кашель, осиплість голосу. Дуже характерними симптомами кору є ознаки запалення і подразнення зорового аналізатора - кон'юнктивіт, світлобоязнь, іноді блефароспазм. Протягом 3-7 днів катарального періоду на набряклою гіперемірованою слизовій оболонці порожнини рота в проекції бічних зубів виникають специфічні для кору - біло-сірі точкові елементи, оточені яскраво-червоним обідком. Зазначений симптом описують як плями Філатова-Коплика-Бельського (B05.8X). Як правило, в цей же період розвитку інфекції на м'якому, а іноді і на твердому піднебінні виникає енантема у вигляді дрібних червоно-рожевих плям. Іноді в ката-



ральний період на шкірі з'являється скарлатиноподібна або уртикарний висип.

Період висипань починається на 4-5-й день хвороби з появи на шкірі плямисто-папульозний висипу на тлі гіпертермії. Висип зазвичай виникає на шкірі голови (за вухами, на спинці носа, щоках, лобі), поширюється на шкіру шиї, грудей, спини (2-е добу висипань), рук і ніг (3-ю добу висипань). На слизовій оболонці порожнини рота виникають зміни катарального характеру, а у ослаблених дітей зростає ризик загострення хронічних уражень слизової оболонки порожнини рота - рецидивуючого герпетичного, хронічного кандидозного, фузоспіріллярного стоматиту.

Елементи висипу при кору починають швидко змінювати забарвлення і стають коричневими. Цей симптом свідчить про початок періоду пігментації, тривалість якого становить від 1 до 1,5 тижнів, а у важких випадках і довше. Температура тіла, катаральні явища і симптоми інтоксикації зменшуються і поступово зникають.

*Діагностика.* Головними клінічними симптомами захворювання є висип і плями Філатова-Коплика-Бельського. При постановці діагнозу обов'язково враховують дані епідемічного оточення. Лабораторна діагностика кору включає вірусологічні дослідження на культурі тканини, імунофлюоресцентні і серологічні методи (реакцію нейтралізації, реакцію непрямой гемаглютинації і ін.) З урахуванням зростання титру антитіл в парних сироватках.

*Лікування* дітей з легким і середньотяжкою формою кору не вимагає застосування медикаментів і здійснюється в домашніх умовах. У разі розвитку важкої або середньотяжкої форми захворювання або при виникненні інфекції у дітей 1-го року життя необхідна госпіталізація.

В якості етіотропної терапії кору використовують специфічний імуноглобулін по 0,2-0,5 мг / кг маси тіла, а також різні форми інтерферону. Симптоматична терапія катарального стоматиту полягає в гігієнічній обробці порожнини рота розчинами антисептиків. При виникненні рецидиву стоматиту інфекційного генезу (герпетичного, кандидозного, мікробного) до складу комплексного лікування включають необхідні етіотропні і патогенетичні засоби.

#### **•Інфекційний мононуклеоз.**

*Інфекційний мононуклеоз* - гостре вірусне захворювання, що характеризується виникненням генералізованої лімфаденопатії, лихо-

манки, тонзиліту, гепатоспленомегалии, наявністю характерних гематологічних змін.

Збудник інфекційного мононуклеозу - ДНК-вірус сімейства *Herpesviridae* - вірус Епштейна-Барр.

Джерелом інфекції є хвора людина або носій. Шляхи передачі вивчені недостатньо, вірус виділяється зі слиною в продромальний період, розпалі захворювання і період реконвалесценції протягом 6 міс. У зовнішньому середовищі вірус стійкий. Шляхи передачі інфекції - контактний, контактено-побутовий або повітряно-крапельний. Вірус може тривалий час персистувати в клітинах господаря у вигляді латентної інфекції. Реплікація вірусу відбувається в В-лімфо цітах (Гранітів В.М., 2001).

Вірус Епштейна-Барр може викликати різні інфекційні процеси в залежності від кліматичних особливостей країни. Так, в країнах з помірним кліматом він є причиною виникнення інфекційного мононуклеозу, в тропічних країнах - лімфоми Беркита, в Китаї - назофарингеальної карциноми.

Інфекційний мононуклеоз носить характер спорадичних випадків протягом року, зі збільшенням кількості захворювань в весняно-осінній період. Найчастіше інфекція вражає дітей і підлітків.

Вхідними воротами інфекції є лімфоглоткового кільце, рідше - слизової травного тракту. Вірус Епштейна-Барра може вражати два типи клітин: епітелій верхніх дихальних шляхів і травного тракту і В-лімфоцити, які під впливом вірусу набувають здатність нескінченно зростати (Гранітів В.М., 2001). Вірус проявляє тропізм до лімфоїдної і ретикулярної тканини. На місці впровадження вірусу виникають гіперемія і набряк мигдалин, піднебінних дужок, задньої стінки глотки і слизової оболонки носа, а також гіпертрофія тканини мигдалин. Потім вірус вражає регіонарні лімфатичні вузли. При масивному надходженні вірусу або недостатності імунітету розвивається вірусемія, вірус проникає в віддалені лімфатичні вузли і органи, багаті ретикуло-ендотеліальними клітинами, розвивається лімфаденопатія, спостерігається збільшення печінки і селезінки.

Важливу роль в патогенезі інфекційного мононуклеозу грає активізація бактеріальної флори і вторинна мікробна інфекція, що клінічно може проявлятися фолікулярної або лакунарну ангіну. Симптоми інтоксикації і лихоманка обумовлені дією токсинів, а катаральні явища - безпосереднім впливом вірусу.

Певне патогенетичне значення мають алергічні реакції, пов'язані з сенсibilізацією організму продуктами розпаду білків вірусу і мікробної флори, а також специфічне ураження нервової системи. Клінічними проявами інфекційно-алергічного процесу є артралгії, висипання на шкірі, набряки, хвилеподібний перебіг хвороби.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період захворювання триває 5-15 днів, у дорослих і підлітків - до 30 днів.

При типовому розвитку на початку захворювання спостерігається різке підвищення температури тіла до 38-40 °С, яка може утримуватися досить довго, до 1-3 міс. З'являються ознаки інтоксикації - слабкість, головний біль, біль в м'язах і суглобах, при ковтанні, симптоми тонзиліту різного ступеня тяжкості. Обов'язковою ознакою захворювання є виражене збільшення регіонарних лімфатичних вузлів - підщелепних і особливо шийних (уздовж грудино-ключично-соскоподібного м'яза). Вузли можуть розташовуватися у вигляді ланцюжка або пакетів. Можливо також збільшення пахових, пахових та інших лімфатичних вузлів. Однак їх ізольоване збільшення (без задньошийної) не характерно для інфекційного мононуклеозу. Лімфатичні вузли рухливі і малоблезненні. Внаслідок лімфостазу в щелепно-лицевій ділянці у дітей розвивається набряк тканин обличчя. На 3-5-й день виникає гепатоспленомегалія.

Висип при інфекційному мононуклеозі може носити корі-або скарлатиноподібний, уртикарний, геморагічний характер. Спостерігається у 20-25 % дітей і тримається протягом 1-3 днів. В ході розвитку захворювання на шкірі і слизових оболонках виникають енантема і петехії. Слизова оболонка порожнини рота набрякла, з відбитками зубів на щоках і бічних поверхнях язика. Мова покритий се - ро-білим нальотом. Мигдалини і прилеглі до них ділянки слизової оболонки набрякли і гіперемовані. У важких випадках формуються некротичні і плівчасті нальоти. Найбільш важким ускладненням в порожнині рота може бути розвиток фузоспірілярної інфекції.

У період розпаду інфекційного мононуклеозу найбільш характерна клінічна ознака поразки - поява на слизовій оболонці м'якого піднебіння, щік, рідше - мови, твердого піднебіння, ясен везикулезно-ерозивних елементів висипу, як при гострому герпетическом стоматиті. При цьому слизова прооболонка ясен в патологічний процес не залучена.

Тривалість виражених клінічних проявів інфекційного мононуклеозу становит 2-4 тижні. Потім температура тіла нормалізується, од-

нак протягом декількох місяців може спостерігатися збільшення лімфатичних вузлів і селезінки. Відзначено випадки рецидивів захворювання після перенесеного гострого інфекційного мононуклеозу, які протікають як гостра форма захворювання.

*Діагностика* базується на результатах клінічних та лабораторних досліджень. Зміни у формулі крові хворих досить типові. У початковий період інфекції в крові спостерігається перерозподіл популяції нейтропрофільними лейкоцитів за рахунок збільшення кількості паличкоядерних і зниження питомої ваги сегментоядерних. Крім цього, з перших днів хвороби в крові з'являються атипові мононуклеари (до 15-30 %), які повинні бути визначені протягом 2-3 тижнів. Гематологічні зміни проявляються лімфоцитозом, тромбоцитопенією (в 50 % випадків), підвищенням рівня трансаміназ в сироватці крові в 2-3 рази (Center for Disease Control and Prevention, 2002).

Специфічна діагностика інфекційного мононуклеозу ґрунтується на результатах реакції імунофлюоресценції, ДНК-полімеризації, за допомогою яких виявляється вірусний нуклеокапсид в змивах і соскобах. Важливим діагностичним критерієм служать специфічні антитіла класів IgG та IgM в сироватці крові, які з'являються в ході розвитку захворювання.

*Лікування.* Суворе дотримання гігієни порожнини рота з використанням полоскань розчинами антисептиків (етонія, риванолу, ротокана і ін.). У разі розвитку вторинної інфекції - призначення антибіотиків. Виразково-некроти - ний стоматит Венсана лікують за загальноприйнятою методикою. У період розпаду захворювання дітям рекомендують рясне вітамінізоване питво, нераздра - лишнього їжу м'якої консистенції, призначають нестероїдні протизапальні препарати, які надають анальгезуючу та жарознижувальну дію, вітаміни.

Специфічна терапія інфекційного мононуклеозу знаходиться в стадії розробок. В останні роки в Україні використовується препарат для специфічної імунотерапії - імуноглобулін людини проти вірусу Епштейна-Барр («Біофарма», Україна), який є біологічно активною білковою фракцією, яка виділена із сироватки або плазми крові людини. Препарат містить антитіла до вірусу Епштейна-Барр в кількості не менше 0,975 оптичних одиниць в одній дозі (1,5 мл) при визначенні імуноферментним методом. Дітям старше 3 років препарат призначають в дозі 3 мл (2 ампули по 1,5 мл) 4-5 разів через кожні 48 год.

Високоефективним є застосування препаратів з подвійним (протівірусною та імуномодулюючою) дією - ізопринозин або гропрінозина по 50 мг / кг на добу протягом 8 днів. Важливе значення має профілактика вторинної мікробної інфекції та її лікування.

• **Вітряна віспа (B01).**

*Вітряна віспа* - гостре вірусне захворювання у дітей, що відрізняється характерною плямистим висипом на шкірі. Хворіють діти переважно у віці до 10 років. Збудник - вірус групи герпесу, нестійкий в зовнішніх умовах, швидко гине під впливом УФ-опромінення, при нагріванні. Виявлено ідентичність вірусу вітряної віспи та оперізувального лишая. Джерелом зараження є хворі на вітряну віспу, в меншій мірі - хворі на оперізувальний лишай. Зараження відбувається повітряним і повітряно-крапельним шляхом, через слизові оболонки порожнини рота, носоглотки.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період триває 2-3 тижнів. Виникає вирусемія; фіксація і розмноження вірусів в епітеліальних клітинах слизової оболонки викликають їх очагову дистрофію.

Місцеві зміни в порожнині рота при вітряної віспи (B01.8X.) З'являються, як правило, одночасно з висипаннями на шкірі. Елементом ураження при вітряній віспі є пухирець. Бульбашки майже завжди спостерігаються на мові, твердому піднебінні, слизовій оболонці зів, рідше - на яснах. У порожнині рота бульбашки лопаються в результаті механічного роздратування. Епітелій, що покриває бульбашка, некротизується. На місці бульбашки залишається округла ерозія невеликих розмірів з чіткими контурами або елемент, що нагадує афту, з запальним яскраво-червоним обрамленням. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені і болючі. Діти скаржаться на біль в порожнині рота, особливо при прийомі їжі. Можливі повторні висипання, тому на слизовій оболонці спостерігаються елементи, що знаходяться на різних етапах свого розвитку.

Поява висипки на шкірі та слизовій оболонці супроводжується свербінням, підвищенням температури тіла, головним болем, погіршенням апетиту.

Бульбашки, що локалізуються на обличчі, волосистій частині голови, тулуб, мають діаметр не більше 4-5 мм, заповнені спочатку прозорим, потім мутним вмістом. Бульбашки підсихають через 1-2 дні, на їх місці утворюються тонкі бурі кірочки, які відпадають, не залишаючи слідів. Загальна тривалість висипань на шкірі та слизовій обо-

лонці коливається від 2-3 до 7-8 днів. У периферичній крові виявляється лейкопенія, іноді лімфоцитоз.

Висипання в порожнині рота мають діагностичне значення в тих ситуаціях, коли висип на шкірі слабо виражена або її зовсім немає. У таких ситуаціях в перші дні хвороби можна використовувати цитологічний або імунофлюоресцентний метод дослідження для виявлення гігантських багатоядерних клітин або специфічного світіння клітин плоского епітелію.

*Лікування.* Місцеве лікування полягає в ретельному догляді за порожниною рота з метою запобігання вторинної інфекції. Воно залежить від періоду хвороби і тяжкості її перебігу, проводиться відповідно до схеми лікування вірусних хвороб.

• ***Оперізувальний лишай (герпес).***

*Оперізуючий лишай* - гостре інфекційне захворювання, головні симптоми якого гіпертермія, інтоксикація, ураження міжхребцевих гангліїв і везикулярна висип по ходу гілок ураженого чутливого нерва. Збудник - ДНК-вірус сімейства *Herpesviridae-Varicella-Zoster virus*.

Джерелом інфекції є хворий на вітряну віспу або оперізувальний лишай. Шлях передачі інфекції - повітряно-крапельний або контактний, рідше - трансплацентарний. Захворювання носить спорадичний характер. Вірус дерматонейротропен одночасно з ураженням шкіри та слизової оболонки відбувається ураження центральної і периферичної нервової системи у вигляді гангліонітів черепних і міжхребцевих нервів із залученням до процесу задніх, а іноді і передніх рогів спинного мозку. При залученні в процес вегетативних гангліїв можуть розвинути менінгоенцефаліт і ураження внутрішніх органів.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період невідомий. Захворювання починається з появи болю в місці локалізації майбутньої висипу (по ходу поразки нервових гілок), гіпертермії, ознак інтоксикації. Через 3-12 днів появ - ляються ознаки набрякості, гіперемії, а ще через кілька днів - бульбашки по ходу чутливих нервів. Розміри бульбашок невеликі, вміст спочатку прозоре, потім каламутне. На місці підсохлих бульбашок формуються скоринки жовто-коричневого кольору, які швидко зникають, іноді з тимчасовою пігментацією. В ході захворювання можуть виникати нові елементи ураження, відбувається залучення в патологічний процес регіонарних лімфатичних вузлів.

За частотою виникнення найбільш ймовірно ураження міжхребцевих вузлів грудного відділу, потім - трійчастого нерва, попереково-крижової області, по ходу черепних нервів (лицьового, вушного, слухового).

Важливою складовою клінічної картини оперізуючого лишая являється больовий синдром. Біль може виникнути до появи висипу, одночасно з появою елементів ураження і після зникнення місцевих клінічних проявів.

Своєрідною формою оперізуючого лишая є синдром Рамзая-Ханта, коли в процес втягується колінчастий вузол. Герпетичний висип з'являється на шкірі вушної раковини, зовнішнього слухового проходу, іноді - на слизовій оболонці порожнини рота. Відзначаються неврит вушного і лицьового нервів, сильна невралгічна біль в області вуха, параліч лицьового нерва. Захворювання триває кілька тижнів. Прогноз в більшості випадків сприятливий.

Діагноз встановлюють на підставі результатів клінічного і лабораторного дослідження. Головними клінічними симптомами захворювання є больовий синдром і поява везикулярної висипу по ходу гілок ураженого чутливого нерва. Як лабораторних використовують вірусологічні, серологічні, імунофлюоресцентний методи, метод дослідження полімеразної ланцюгової реакції.

*Лікування* захворювань, викликаних *Varicella-Zoster*. Лікування хворих здійснюють у домашніх умовах. Наявність важкої форми захворювання або несприятливої епідеміологічної обстановки може зажадати ізоляції хворого в умовах стаціонару.

Як етіотропного препарату використовують ацикловір по 0,2-0,8 г 4-5 разів на день залежно від віку. Дітям препарати ацикловіру призначають у вікових дозах: до 2 років – 800 мг / добу, від 2 до 6 років – 1600 мг / добу; старше 6 років – 3200 мг / добу. Незалежно від віку дитини добову дозу розподіляють на 4 прийоми, а тривалість курсу лікування становит не менше 5 днів. Можливе використання препаратів групи інтерферонів або імуноглобулінів. Патогенетична терапія повинна відповідати особливостям клінічного перебігу та ступеня тяжкості захворювання.

При лікуванні пацієнтів з оперізувальний лишай при вираженому больовому синдромі і високому підйомі температурної кривої доцільне використання нестероїдних протизапальних препаратів з огляду на їх протизапального і знеболюючого дії.

Місцеве лікування полягає в застосуванні противірусних засобів після гігієнічної обробки порожнини рота розчинами антисептиків.

- **Краснуха (В06).**

Збудник *краснухи* - РНК-вірус групи миксовірусів.

Джерелом інфекції є хвора людина з 1-го дня захворювання до 5-10-го дня періоду висипань. Шлях передачі інфекції - повітряно-крапельний. Контагиозність краснухи дуже висока, особливо серед дітей у віці від 1 року до 7 років. Карантин в організованих дитячих колективах триває 21 день. Підтвердження діагнозу краснухи у вагітної жінки є абсолютним показанням до переривання вагітності. Діти перших 4-6 міс життя мають трансплацентарний вроджений імунітет. Однак існують вроджені форми краснухи. Після перенесеного захворювання розвивається стійкий імунітет.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період триває 15-24 дня. У початковий період захворювання спостерігаються гіпертермія, незначні катаральні явища, симптоми інтоксикації. Головним симптомом краснухи є дрібно - плямиста блідо-рожева макулопапульозний висип, що виникає в 1-2-й день захворювання і зникає протягом 2-3 днів. Спочатку висип з'являється на обличчі, потім протягом декількох годин поширюється по тілу. Патогномонічною симптомом краснухи є збільшення лімфатичних вузлів, в першу чергу задньошийної і потиличних. Катаральні явища протікають у формі кон'юнктивіту і поразки ротоглотки, при цьому на гіперемійованій слизовій оболонці порожнини рота виникає енантема (В06.8Х.).

*Діагностика.* Важливі є клінічно і симптоми краснухи - типова висипка на тілі, лімфаденіт і катаральні явища.

Для уточнення діагнозу можливе використання вірусологічних і серологічних методів дослідження.

*Лікування.* Специфічною етіотропною терапією краснухи не існує. Як противірусної терапії застосовують інтерферон та рекомбінантні препарати. Місцеве лікування полягає в ретельній гігієні порожнини рота, застосуванні антисептичних і кератопластических препаратів.

- **Скарлатина.**

*Скарлатина* - одна з форм стрептококової інфекції. Збудник захворювання - гемолітичний стрептокок (*St. haemoliticus*) групи А.

Головним джерелом інфекції є хвора на скарлатину в період її клінічних проявів, включаючи стерті і атипіві форми захворювання. Шлях передачі скарлатини - повітряно-крапельний, контактний.



побутовий - через третіх осіб і речі з побуту хворого, а також харчові продукти. Індекс контагіозності досить високий.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період скарлатини триває від 1 до 12 днів. Хвороба починається гостро, з швидкого підвищення температури тіла до 39-40 °С, виникнення симптомів інтоксикації. З перших днів захворювання на шкірі з'являються численні мелкоточечніе яскраво-червоні елементи висипки. Спочатку висип виникає на шиї і верхньої частини грудної клітки і швидко поширюється по всьому тілу. Шкіра стає яскраво гіперемірованою внаслідок злиття елементів висипки в загальний масив. носогубний трикутник залишається блідим. Висип тримається протягом 2-7 днів, дозволяється пластинчастим лущенням.

Слизова оболонка порожнини рота відрізняється вираженою сухістю. У перші дні хвороби язик вологий, покритий біло-сірим нальотом. З 3-4-го до 14-го дня інфекції поверхню язика поступово очищається від нальоту і стає яскраво-червоною, з вираженими грибоподібними сосочками в передній третині («малиновий» язик). Постійним симптомом скарлатини є ангіна. При цьому слизова оболонка м'якого і твердого піднебіння, мигдаликів яскраво типі - ремірована, а іноді покрита брудно-білим нальотом. На слизовій оболонці м'якого піднебіння визначається точкова енантема. Обов'язковою симптомом захворювання є регіонарний лімфаденіт.

В ході клінічного перебігу хвороби з'являються симптоми ураження серцево-судинної системи, вегетативної нервової системи. Ускладненнями скарлатини можуть бути лімфаденіт, отит, синусит, мастоїдит, нефрит, артрит, міокардит.

*Діагностика.* Основними симптомами скарлатини, необхідними для постановки клінічного діагнозу, є інтоксикація, характер висипу, ангіна, «малиновий» язик, зміни у формулі крові.

*Лікування* скарлатини у хворих з легкими і середньотяжким формами інфекції здійснюють в домашніх умовах. Госпіталізація необхідна при тяжкій формі інфекції і при розвитку хвороби у дітей 1-го року життя.

Етіотропна терапія скарлатини полягає в призначенні антибіотиків - пеніциліну, феноксиметилпенициллина, ампиокса, еритроміцину, лінкоміцину гідрохлориду та ін. Симптоматична терапія передбачає застосування дезінтоксикаційних засобів, вітамінів, антигістамінних препаратів. Слизову оболонку порожнини рота і горла обробляють розчинами антисептиків.

### • Дифтерія.

*Дифтерія* - гостре інфекційне захворювання (антропонозна інфекція). Збудником є грамположительная нерухома паличка Леффлера - *Corynebacterium diphtheriae*. Найбільш токсичний і отруйний тип дифтерійної палички - тип *gravis*, який виділяється у хворих з токсичною формою інфекції. Джерелом інфекції є бактеріоносіями токсигенних штамів, хвора на дифтерію людина з останніх днів інкубаційного періоду і протягом усього періоду розпалу. Основний шлях передачі інфекції - повітряно-крапельний. Однак, з огляду на високу стійкість палички Леффлера в навколишньому середовищі, можлива передача дифтерії через предмети побуту хворого або через третіх осіб. Існує небезпека аліментарного шляхи зараження через інфіковані продукти харчування (молоко, молочні продукти і вироби з них).

*Клінічна картина.* Інкубаційний період триває 2-10 днів. В залежності від локалізації місцевого процесу розрізняють дифтерію ротоглотки (порожнини рота, зіву, піднебінних мигдалин), носоглотки, носа, гортані, трахеї, бронхів, очей, вух, статевих органів, ранових поверхонь (Михайлова А.М. і співавт., 1998).

Дифтерія ротоглотки буває локалізованої, поширеною, токсичної і гіпертоксической. У дітей локалізована форма дифтерії протікає в трьох варіантах - островкової, пленчатої і катаральної (атипової).

– *Острівкова форма* характеризується появою щільно спаяних з поверхнею слизової оболонки білуватих або біло-сірих фібринозних або частково фібринозних острівців нальоту розміром 1-4 мм з неправильними краями. Основна маса нальоту локалізується на мигдаликах, які виглядають збільшеними, гіперемірованими. Загальний стан дітей при даній формі дифтерії порушено мало, симптоми інтоксикації короткочасні, температурна реакція - від субфебрилітет до 39 ° С. Провідним місцевим симптомом є біль при ковтанні.

– *Пленчата (тонзиллярна) форма* дифтерії характеризується більш гострим початком - підвищенням температури тіла до 38-39 ° С, розвитком виражених симптомів інтоксикації, різким болем при ковтанні. Слизова оболонка мигдаликів, піднебінних дужок, язичка, ретромолярної області, паратонзилляр - них тканин набрякла, гіперемована, з ціанотичним відтінком. Мигдалики збільшуються рівномірно, їх поверхня вирівнюється, вони набувають форму кульок. Температура тіла через 2-3 дня знижується. У більш пізні терміни в ході розвитку захворювання виникають біло-сірі або білуваті нальоти у формі

плівок з гладкою або хвилястою поверхнею на слизовій оболонці мигдаликів. Поступово плівчасті нальоти стають більш щільними, спаяні з підлеглими тканинами, набуваючи рис фібринозних. При знятті нальоту оголюється кровоточива ерозивно поверхню. Наліт залишається ще 4-5 днів після зниження температури.

– *Катаральна (атипова) форма* дифтерії характеризується незначною виразністю загальних і місцевих симптомів. Слизова оболонка зіву гіперемована, з ціанотичним відтінком, мигдалини трохи збільшені, температура тіла субфебрильна.

Поширена форма дифтерії відрізняється від локалізованої виразністю симптомів інтоксикації внаслідок більш інтенсивного впливу токсину. Температура тіла 38-39 °С тримається протягом 2-3 днів. Відзначаються головний біль, виражена слабкість, анорексія, біль при ковтанні, регіонарний лімфаденіт. Особливістю місцевих симптомів при даній формі дифтерії є поширення процесу за межі мигдаликів - на піднебінні дужки, язичок, ретромолярну область, бічні і задні стінки глотки. При цьому уражені ділянки слизової оболонки набряклі, ціанотичні, покриті сіро-білим або брудно-сірим хвилястим нальотом, щільно спаяні з підлеглими тканинами. Можлива асиметрія в розвитку патологічного процесу. Наліт зберігається до 10-12 днів. У більшості випадків перебіг поширеної форми дифтерії досить сприятливий, без розвитку важких ускладнень.

– *Токсична* дифтерія ротоглотки характеризується дуже швидким розвитком місцевих і загальних симптомів інфекції. Початок гострий, з підвищенням температури тіла до 40-41 °С і вираженими симптомами інтоксикації. Протягом перших 2 діб від початку захворювання (початковий період) відзначається значний набряк мигдалин, потім - всіх тканин ротоглотки (дужок, язичка, м'якого і твердого неба). Наліт на тлі гіперемійованих, з ціанотичним відтінком мигдалин спочатку легко знімається, але досить швидко просочується фібрином і стає щільним. Дуже рано виникають симптоми регіонарного лімфаденіту. При цьому хворі відзначають виражену біль в області шиї, а лімфатичні вузли досягають значних розмірів. Чим важче форма дифтерії, тим раніше і значніше симптоми лімфаденіту. Відзначається осиплість голоса аж до афонії.

Період розпалу захворювання (2-3-й день) - поява солодкогнильного запаху з рота, відчутного на відстані (токсична форма II, III ступеня, гіпертоксическая).

Розвиток симптомів інфекційно-токсичного шоку свідчить про виникнення токсичної або гипертоксической форми дифтерії.

При токсичній формі наліт спостерігається переважно на мигдалинах, а при гіпертрофічній - наліт поширюється за їх межі.

*Диференціальна діагностика.* Локалізовані форми захворювання слід диференціювати від різних форм ангіни - лакунарної або фолікулярної стрептококової, стафілококової, грибової, фузоспірілярної етіології.

*Лікування* хворих на дифтерію здійснюють тільки в умовах стаціонару. В якості специфічної терапії використовують анитоксичну протіводіф - терійную сироватку. Слід особливо підкреслити, що успішність лікування хворих на дифтерію забезпечується раннім введенням сироватки, дозу якої визначають відповідно до форми дифтерії і ступенем вираженості токсикозу.

До складу комплексної терапії хворих на дифтерію включають антибіотики (еритроміцин, рифампіцин, напівсинтетичні антибіотики пеніцилінового і цефалоспоринового ряду). Патогенетична терапія спрямована на детоксикацію, нормалізацію показників гемодинаміки, десенсибілізацію.

Місцеве лікування полягає в раціональному обезболіванні, гігієнічній обробці слизової оболонки порожнини рота розчинами антисептиків, антибіотиків в поєднанні з ферментними препаратами.

#### • *Коклюш.*

*Кашлюк* - гостра інфекційна хвороба, для якої характерний поступово наростаючий спазматичний кашель. Збудником є паличка Борде-Жангу. Джерело інфекції - хвора людина протягом 25-30 днів від початку хвороби. Зараження відбувається при безпосередньому контакті з хворим під час кашлю. Бактерії виділяються з краплями слизу хворого.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період триває 5-14 днів. У клінічному перебігу розрізняють три періоди: катаральний, спазматичний і завершення процесу.

Катаральний період (1-2 тижні) протікає у вигляді катарального запалення верхніх дихальних шляхів, однак специфічних ознак не існує. Температура тіла підвищується до субфебрильної.

Спазматичний період (2-3 тижнів) характеризується типовим приступообраз - ним кашлем. При кашлі спостерігається ціаноз обличчя і слизової оболонки порожнини рота. В результаті гіпоксії можлива

поява петехій на шиї і обличчі. У багатьох хворих виникає виразка вуздечки язика, яка утворюється внаслідок її травми ріжучими краями нижніх різців під час нападів кашлю. Нерідко при кашлюку спостерігається набряк обличчя, особливо в ділянці щік, який зберігається досить довго.

Період завершення процесу триває 1-3 тижнів.

*Діагностика.* Слід враховувати епідеміологічний анамнез, типовість нападів кашлю. Діагноз підтверджується результатами бактеріологічного дослідження.

*Лікування.* Хворі кашлюк діти підлягають ізоляції протягом 30 днів від початку хвороби. Стоматологічне обстеження дитини потрібно проводити окремо від здорових дітей. Інструменти після лікування слід ретельно стерилізувати. Збудник коклюшу гине при кип'ятінні інструментів. Місцеве лікування є симптоматичним.

#### • *Ящур.*

Збудник *ящуру* - невеликий РНК-вірус. Головним джерелом інфекції є тварини - велика рогата худоба, іноді - свині, вівці. Зараження відбувається при догляді за хворими тваринами. Діти дуже сприятливі до інфекції.

*Клінічна картина.* Інкубаційний період ящура триває від 2 до 14 днів. Захворювання починається гостро, з підвищення температури тіла до 39-40 °С і появи ознак інтоксикації. З перших днів захворювання розвиваються симптоми в порожнині рота - сухість, печіння, біль при прийомі їжі. Слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, на різних її ділянках утворюються дрібні бульбашки, які протягом 1-2 діб перетворюються в ерозії. Аналогічні елементи висипу виникають на слизовій оболонці носоглотки, іноді статевих органів і кон'юнктиви. Слиновиділення різко підвищено, харчування та сон значно порушені. На шкірі навколо рота, шкірі рук в області міжпальцевих складок і околоногтевих валиків виникають більші елементи.

В ході розвитку інфекції можлива поява шлунково-кишкових дисфункцій і ураження органів травлення і дихання.

*Діагностика.* Клінічна постановка діагнозу заснована на наявності типових симптомів у хворого в епізоотичному вогнищі. Можливе використання вірусологічних і серологічних методів діагностики.

*Лікування.* Специфічна терапія інфекції не розроблена. Симптоматичне лікування спрямоване на профілактику вторинного інфікування елементів ураження і полегшення стану хворого за рахунок ра-

ціонального знеболювання і адекватного догляду. Важливим фактором лікування є дотримання гігієнічного режиму порожнини рота з використанням розчинів антисептиків. У тяжких випадках призначають імуноглобулін і антибактеріальні препарати.

*2.3. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки знань за темою заняття:*

№1. На консультацію до лікарястоматолога звернулися батьки дівчинки 6ти років. Дитина захворіла день тому, температура 38,2 °С, нежить, кашель. У порожнині рота на набряклій гіперемійованій слизовій оболонці в проекції молярів визначаються плями білуватожовтого кольору з яскравочервоною облямівкою, розміром з булавочну головку, що виступають над рівнем слизової оболонки. На слизовій м'якого піднебіння яскравочервоні плями неправильної форми. Це є зміни слизової оболонки порожнини рота при:

- A. кору;
- B. дифтерії;
- C. скарлатині;
- D. інфекційному мононуклеозі;
- E. вітряній віспі.

№2. У дитини 5-ти років, зі слів матері, скарги на біль під час ковтання, слабкість, підвищення температури тіла до 39,5 °С, припухлість лімфовузлів. Об'єктивно: стан дитини важкий, температура 38,8 °С. Слизова порожнини рота різко гіперемована, набрякла, з крововиливами, виразкуваннями. Зів різко гіперемований, лакуни розширені з ділянками некрозу. Підщелепні, шийні, потиличні лімфовузли збільшені, щільні та болісні. Який діагноз можна припустити?

- A. інфекційний мононуклеоз;
- B. гострий герпетичний стоматит;
- C. виразково-некротичний гінгівостоматит;
- D. герпетична ангіна;
- E. лакунарна ангіна.

№3. Батьки дитини 4-х років скаржаться на наявність висипань у порожнині рота дитини. Останнім часом дитина млява, відмовляється від їжі. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота округлі ерозії невеликих розмірів з чіткими контурами. На обличчі та воло-

систій частині голови пухирці з мутним вмістом. Визначте попередній діагноз:

- A. вітряна віспа;
- B. кір;
- C. ГГС;
- D. інфекційний мононуклеоз;
- E. скарлатина.

№4. Лікар-педіатр направив на консультацію до стоматолога дівчинку 6-ти років. Захворіла добу тому, температура 38,2 °С, нежить, кашель. В порожнині рота на слизовій оболонці щік плями білувато-жовтого кольору на рівні молярів, розміром з головку шпильки. Плями виступають над рівнем слизової оболонки. На слизовій м'якого піднебіння яскраво-червоні плями неправильної форми. Якому захворюванню відповідає зазначена симптоматика та зміни слизової оболонки порожнини рота?

- A. кір;
- B. мононуклеоз;
- C. дифтерія;
- D. вітряна віспа;
- E. скарлатина.

№5. Батьки скаржаться на порушення стану дитини 3-х років, підвищення температури тіла до 38,0 °С, кашель, нежить. При огляді порожнини рота: на м'якому піднебінні виявлена енантема, на слизовій оболонці щік у ділянці кутніх зубів - плями, що нагадують бризки вапна, які трохи підвищуються над гіперерованою слизовою оболонкою. Який попередній діагноз?

- A. кір;
- B. ГРВІ;
- C. інфекційний мононуклеоз;
- D. вітряна віспа;
- E. скарлатина.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

– План додаткового обстеження хворого з проявами інфекційного захворювання в порожнині рота у дитини.

– Диференційна діагностика проявів інфекційних захворювань в порожнині рота у дітей.

– План лікування проявів інфекційних захворювань в порожнині рота у дітей.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів вищої освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## Список рекомендованої літератури

### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривонос Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. - К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інш. Алгоритми виконання сто-



матологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева 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.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

7. Альтернативные интегративные механизмы патогенеза основных стоматологических заболеваний. Интегральная профилактика и базисная терапия кариеса зубов и пародонтита. – Д.В. Мельничук, О.В. Деньга, Н.Ф. Коновалов, Ж.О. Новикова. Одесса, 2018. – 137 с.

8. Стан слизової оболонки порожнини рота у дітей при гострих інфекційних захворюваннях. За редакцією д.м.н., проф. Р.В. Казаков. Львів, Гал Дент., 2012. – 152 с.

9. Марченко Ю.П., Михайлова А.М. Клініко-епідеміологічні особливості інфекційного мононуклеозу у дітей півдня України // Одеський медичний журнал, 2005. – 5 (91) – с. 82-84.

10. Савичук Н.О. Діагностика та лікування найбільш поширених уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей // Журнал практичного лікаря, 2005. – 5. – с. 27-91.

11. Савчук Л.І., Михайлова А.М. Клініко-морфологічна характеристика сучасної дифтерії у дітей // ПАГ-1998. – 6. – с. 45-47.

*Додаткова:*

1. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, І.Кириленко, О.Г. Денисенко. – 2018, 992 с.

2. Herbert F. Wolf. Color Atlas of Dental Medicine. – 2018. – 580 p.

3. Atlas of Oral Diseases. The guide for Daily Practice. Van der Waal Isaak. – 2016. – 556 p.

4. Stomatology in 2 books. Rozhko M.M. – 2020. – 792 p.

5. Тестові завдання для підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту з дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія»: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. ф-тів та лікарів-інтернів / О. І. Годованець, І. С. Марчук, Л. Г. Гринкевич [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ВДНЗ України «Буковин. держ. мед. Унт». – Чернівці: БДМУ, 2019. – 232 с.

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

## Практичне заняття № 6

**Тема:** Грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота у дітей. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.

**Мета:** глибинне оволодіння навчальною дисципліною шляхом удосконалення теоретичних знань та професійних компетентностей здобувачів вищої освіти під час вивчення етіології, патогенеза, клініки, діагностики, лікування, профілактики грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей.

**Основні поняття:** етіології, патогенезу грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей, знання клінічних проявів різних грибкових уражень у дітей різного віку, опанування методами діагностики, диференційної діагностики грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота в дітей та лікувальні заходи.

**Обладнання:** мультимедійний проектор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження.

**Навчальний час:** 4 години

### План

1. Організаційні заходи: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання етіології, патогенезу грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей, знання клінічних проявів різних грибкових уражень у дітей різного віку, опанування методами діагностики, диференційної діагностики грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота в дітей та лікувальні заходи.

2. Контроль опорного рівня знань: фронтальне опитування здобувачів вищої освіти, спілкування з батьками дітей з метою збору анамнезу, клінічний огляд дітей, складання плану клінічного обстеження, дискусія щодо обґрунтування діагнозу. Контроль знань та вмій базового обстеження в клініці дитячої стоматології.

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

Знати:

– Які особливості має слизова оболонка порожнини рота в дітей різного віку?

– Які характерні риси можна виділити в дріжджоподібних грибів роду *Candida*?

– Назвіть основні ознаки уражень слизової оболонки порожнини рота дріжджоподібними грибами: а) особливості гострого прояву кандидозів; б) хронічний плин кандидодозов у дітей;

– Назвіть основні протигрибкові препарати загальної і місцевої дії, схеми їхнього призначення.

– Які додаткові методи обстеження необхідно призначити для уточнення діагнозу «кандидоз»?

– Які методи профілактики потрібно рекомендувати батькам щоб уникнути виникнення кандидоза?

2.2. Зміст теми:

*Кандидоз* – хвороба, яка спричиняється дріжджеподібними грибами роду *Candida*. Спостерігається в будь-якому віці, проте частіше у дітей та осіб похилого віку.

*Етіологія.* Патологічні зміни спричиняють *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis*. Частіше серед них уражує слизову оболонку *Candida albicans*. Гриби роду *Candida* постійно вегетують у ротовій порожнині і вважаються за умовно-патогенні. Згідно з даними різних авторів, гриби роду *Candida* виявляються на слизовій оболонці ротової порожнини у 60–70 % обстежених здорових осіб. Підвищення патогенних властивостей гриба у ротовій порожнині залежить від імунобіологічного стану організму дитини і порушення мікробної рівноваги у ротовій порожнині.

Кандидозний стоматит може виникнути у дітей, ослаблених унаслідок інфекційних хвороб, токсичної диспепсії, тривалих розладів функції травного каналу, порушення вуглеводного обміну (цукровий діабет) та ін. Особливо слід відзначити роль у патогенезі кандидозу антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, кортикостероїдів. Під їх впливом змінюється симбіоз мікрофлори ротової порожнини, шкіри, кишок, що сприяє активізації і розмноженню умовнопатогенної

мікрофлори. У складі кишкової флори зменшується кількість біфідо- і лактобактерій, майже до повного їх знищення. Унаслідок цього пригнічуються імунобіологічні сили організму, порушуються процеси травлення, всмоктування та інші види обміну, знижується рівень засвоєння заліза, кальцію. Порушується вітаміноутворювальна функція кишкової мікрофлори. Це певною мірою також сприяє підвищенню патогенності грибів роду *Сапоісія*.

У новонароджених і немовлят гострий кандидозний стоматит (пліснявка) виникає при проходженні через інфіковані пологові шляхи матері, зараженні через предмети, що оточують дитину (посуд тощо), сосок груді матері, інфіковані руки медичного персоналу пологового будинку. Сприяють розвитку кандидозного стоматиту кисла реакція слини у грудних дітей і травмування у них ніжної слизової оболонки ротової порожнини.

Недотримання вимог гігієни ротової порожнини, запальні процеси в ній, каріозні зуби, наявність ортодонтичних апаратів сприяють розвитку мікозу.

*Клініка.* Прояви кандидозу слизової оболонки різноманітні. Розрізняють гостру і хронічну форми кандидозного стоматиту.

Гострий кандидозний стоматит (пліснявка) розвивається переважно у дітей грудного та раннього віку. Він проявляється утворенням на запаленій слизовій оболонці білого нальоту. Наліт нагадує зсіле молоко, він дещо підвищується над рівнем запаленої слизової оболонки ротової порожнини. Колір нальоту поступово змінюється від молочно-білого, до сірого та жовтуватого.

Гострий кандидозний стоматит частіше має гіперпластичну і атрофічну форми, легкий, середньотяжкий і тяжкий ступінь важкості.

У разі гіперпластичної форми легкого ступеня наліт локалізується на окремих ділянках (язиці, губах, щоках), має вигляд окремих білих крапок, легко знімається і залишає після себе гіперемійовану слизову оболонку. За умови раціонального лікування хвороба триває 5–7 днів.

Середньотяжкий ступінь характеризується виникненням плівчастого нальоту на значних ділянках язика, слизової оболонки щік і губів, іноді на твердому піднебінні. Він важко знімається, залишаючи після себе болочу ерозивну поверхню.

Для гострого кандидозного стоматиту тяжкого ступеня характерне утворення плівчастого нальоту майже на всій поверхні слизової

оболонки ротової порожнини; при цьому ушкоджуються тверде і м'яке піднебіння, мигдалики, горло. Наліт щільний, з ознаками інфільтрації прилеглих тканин. У кутах рота спостерігаються мікотичні заїди – неглибокі тріщини, ерозії, вкриті білуватим нальотом. При тяжкому кандидозі в окремих дітей може бути виявлено ураження верхніх дихальних шляхів, сечового міхура, зовнішніх статевих органів.

Гострий кандидоз може перебігати також у вигляді атрофічної форми. У таких хворих слизова оболонка значно гіперемійована, яскраво-червоного кольору, суха, болюча, пекуча.

При хронічному перебігові кандидозного стоматиту у дітей залежно від локалізації найчастіше він виявляється у вигляді глоситу, ангулярного хейліту або стоматиту. На язиці наліт жовтого або світло-коричневого кольору, щільно з'єднаний з тканиною язика. Хронічні мікотичні заїди спостерігаються у дітей дошкільного і шкільного віку. У таких дітей часто спостерігаються декомпенсована форма карієсу, патологічна форма прикусу, вони вживають багато вуглеводів. У кутах рота утворюються глибокі тріщини з щільними краями. Шкіра в цих місцях може бути гіперемійована, з проявами мацерації. При відкритому роті у дитини виникають болючість і кровотеча.

У деяких хворих проростання дріжджеподібних грибів углиб тканин призводить до утворення шільних гранульом. Підщелепні і шийні лімфатичні вузли збільшені і болючі.

*Діагностика* кандидозу ґрунтується на даних клінічної картини і мікроскопічного дослідження, за допомогою якого виявляються окремі колонії гриба, його клітини та псевдоміцелій.

*Лікування.* При лікуванні кандидозу слизової оболонки ротової порожнини у дітей грудного віку слід дотримуватись суворого гігієнічного режиму матері й дитини. Усі предмети догляду за дитиною потрібно кип'ятити. Сосок груді матері перед годуванням треба мити перевареною водою, обробляти 1 % розчином натрію гідрокарбонату. Після місцевого лікування слід застосовувати 1–2 % водний розчин метиленового синього, брильянтового зеленого, 10–20 % розчин бури в гліцерині.

При кандидозному стоматиті, який важко піддається лікуванню, застосовують суспензію ністатину в гліцерині (Nystatini 1 000 000 Од, Сіусегіні 5,0) 3–4 рази на добу. Для запобігання травмуванню

слизової оболонки ротової порожнини лікувальні засоби вносять через соску.

У дітей старшого віку для місцевого лікування також застосовують багаторазові (5–6 разів на добу) зрошення ротової порожнини (2–5 % розчин натріюгидрокарбонату, бура в гліцерині, йодинол).

При середньотяжкому перебігу хвороби разом з лужними препаратами доцільно призначати місцеве протимікозні полієнові антибіотики у вигляді мазі: ністатинової (в 1 г – 100 000 ОД), леворинової (в 1 г – 500 000 ОД), мікогептинової (в 1 г – 15 000 ОД), амфотерицину В (в 1 г – 30 000 ОД). Зазначені препарати доцільно також застосовувати у вигляді аплікацій, зрошень, інгаляцій (150 000 ОД ністатину розчинити в 5 мл 0,25 % розчину новокаїну або дистильованої води, 200 000 ОД леворину – в 5 мл дистильованої води, 25 000 ОД мікогептину – в 5 мл води). Інгаляції протигрибкових антибіотиків проводять 2-3 рази на день протягом 10–15 днів.

Останнє десятиріччя можна по праву назвати ерою азольних сполук у лікуванні кандидозу. Для лікування кандидозних уражень використовують імідазольні, біо- і тріазольні речовини – канестен (клотримазол), кетоконазол (нізорал), міконазол (дактарин). Лікування клотримазолом у вигляді 1 % мазі або 1 % розчину 3–4 рази на день протягом 7–10 днів дає достатній ефект. Цей препарат має протирибкову дію, а також антибактеріальні (антистафілококові і антистрептококові) властивості.

Якщо при бактеріологічному дослідженні, крім дріжджеподібних грибів, виявляється змішана флора, доцільно застосовувати також сангвіритин і декамін.

Для лікування кандидозу слизової оболонки ротової порожнини середньотяжкого і тяжкого ступеня, особливо за наявності симптомів кандидозного дизбактеріозу, використовують букальний гель дактарин. Призначення його в дозі 1,25–5,0 мл 4–6 разів на день протягом 7–14 днів дозволяє помітити клінічний перебіг захворювання, а також знизити ризик виникнення хронічної форми кандидозу (Н.О.Савичук, 1997).

У разі тяжкого перебігу хвороби етіотропні препарати призначають як місцеве (аплікації, зрошення, інгаляції), так і загальними способами. Доза препарату для прийому всередину залежить від віку дитини.

У разі важкого перебігу гострої та хронічної форм кандидозу слизової оболонки ротової порожнини використовують лімфотропну те-

рапію протигрибковими антибіотиками (А.В. Шумський і співавт., 1996).

Ураховуючи значну імунозалежність хронічних кандидозних інфекцій, до складу комплексної терапії хворих слід включати імуномодулятори – левамізол (Е.В. Гюллинг, В.І. Шматко), тималін і вілозен (Н.О. Савичук, 1992). Ці препарати застосовують у вигляді 1 % розчину для зрошення слизової оболонки ротової порожнини по 0,5–1,0 мл 3–5 разів на день протягом 5–10 днів.

До комплексної схеми лікування при кандидозі мають входити препарати вітамінів групи В (тіамін, рибофлавін, кальцію пантотенат, піридоксин), вікасол.

У разі виявлення кишкового дизбактеріозу, особливо після приймання антибіотиків, слід призначати бактеріальні еубіотики: лактобактерин, колібактерин, біфідобактерин, біфікол, йогурт.

Усім хворим призначають дієту, що містить вітаміни, мікроелементи (фрукти, овочі, кольорову капусту, гречану кашу, молочні продукти) і обмежує вживання вуглеводів.

Для зменшення ймовірності інфікування грибами роду Кандида потрібний гігієнічний догляд за ротовою порожниною, полоскання розчином натрію гідрокарбонату і використання борогліцеринової пасти.

*Профілактика* передбачає санацію ротової порожнини і носової частини горла, раціональну дієту з виключенням легкозасвоюваних вуглеводів, гігієнічний догляд за ротовою порожниною з полосканням її розчином натрію гідрокарбонату, надто в період приймання антибактеріальних препаратів, а також у дітей, які носять ортодонтичні апарати. У разі тривалого приймання антибіотиків потрібно призначати протигрибкові препарати, вітаміни, проводити бактеріологічний контроль мікрофлори кишок.

Для профілактики плісняви у новонароджених потрібна передпологова санація у вагітних, велике значення має дотримання санітарно-гігієнічного режиму в пологових будинках.

*2.3. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки знань за темою заняття:*

№1. Дитина 11-ти місяців знаходиться на лікуванні у педіатра з приводу пневмонії. Два дні тому з'явилися неспокій, відмова від їжі. Об'єктивно: слизова порожнини рота яскраво гіперемована, набрякла,



вкрита сірувато-білим сирнистим нальотом, який легко знімається. Підщелепні лімфовузли не пальпуються. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. гострий кандидозний стоматит;
- B. багатоформна ексудативна еритема;
- C. алергічний стоматит;
- D. гострий герпетичний стоматит;
- E. хронічний кандидозний стоматит.

№2. Батьки дитини 5-ти місяців скаржаться на появу у дитини білого нальоту у роті і відмову від годування. Об'єктивно: загальний стан задовільний,  $t = 37,1$  °C. Визначаються білі сирністі нашарування на слизовій щік, губ, твердому піднебінні. Нашарування легко знімається, слизова під ним гіперемована. Який додатковий метод обстеження підтвердить діагноз?

- A. мікробіологічний;
- B. імунофлюоресцентний;
- C. цитологічний;
- D. імунологічний;
- E. вірусологічний.

№3. Дитина 3-х місяців хворіє протягом двох днів, неспокійна, відмовляється від їжі, температура тіла нормальна. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемована, набрякла. На спинці язика і слизовій оболонці щік визначається сироподібний плівчастий наліт білого кольору. Після його видалення залишається яскраво гіперемована поверхня з точковими крововиливами. Визначте попередній діагноз:

- A. гострий кандидозний стоматит;
- B. м'яка форма лейкоплакії;
- C. гострий герпетичний стоматит;
- D. герпетична ангіна;
- E. червоний плоский лишай.

№4. Дитина 2-х місяців неспокійна, погано спить, відмовляється від їжі, температура тіла – субфебрильна. Об'єктивно: на гіперемованій слизовій оболонці язика, губ, щік, піднебіння спостерігається сироподібний наліт, який легко знімається тампоном. Регіональні

лімфатичні вузли дещо збільшені і болісні під час пальпації. Якому захворюванню відповідає зазначена симптоматика?

- A. гострий псевдомембранозний кандидозний стоматит;
- B. хронічний атрофічний кандидозний стоматит;
- C. гострий герпетичний стоматит;
- D. дифтерія;
- E. стоматит під час кору.

№5. Хлопчику 1,8 років. Перебував на лікуванні в інфекційному відділенні, отримував ампіцилін. На 6-й день лікування у дитини, під час огляду, в порожнині рота були виявлені білі нальоти у вигляді сирнистих плівок на гіперемованій слизовій оболонці в ділянці ясеневих валиків, щік і на язиці. Плівки знімаються, оголюючи гіперемовану поверхню. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,7 °С. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. гострий кандидозний стоматит;
- B. медикаментозний стоматит;
- C. хронічний кандидозний стоматит;
- D. гострий герпетичний стоматит;
- E. м'яка форма лейкоплакії.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

– Етіологія грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей.

– Особливості ураження кандидозами слизової оболонки порожнини рота в дітей.

– Додаткові методи дослідження з грибковими ураженнями у дітей.

– Лікування кандидозов у залежності від віку дитини.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів вищої освіти здійснюється

за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## **Список рекомендованої літератури**

### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривонос Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. - К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018. – 448 с.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

7. Протоколи надання стоматологічної допомоги. (Дитяча стоматологія). Х.Авіста-ВЛТ, 2016. – 72 с.

8. Савичук Н.О. Діагностика та лікування найбільш поширених уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей // Журнал практичного лікаря, 2005. – 5. – с. 27-91.

*Додаткова:*

1. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. – 2018. – 992 с.

2. Herbert F. Wolf. Color Atlas of Dental Medicine. – 2018. – 580 p.

3. Atlas of Oral Diseases. The guide for Daily Practice. Van der Waal Isaak. – 2016. – 556 p.

4. Stomatology in 2 books. Rozhko M.M. – 2020. – 792 p.

5. Тестові завдання для підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту з дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія»: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. ф-тів та лікарів-інтернів / О. І. Годованець, І. С. Марчук, Л. Г. Гринкевич [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ВДНЗ України «Буковин. держ. мед. Унт». – Чернівці: БДМУ, 2019. – 232 с.

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

## Практичне заняття № 7

**Тема:** Прояви алергії у порожнині рота дітей різного віку. Клініка, діагностика, лікування, профілактика.

**Мета:** глибинне оволодіння навчальною дисципліною шляхом удосконалення теоретичних знань та професійних компетентностей здобувачів вищої освіти під час вивчення клініки, діагностики, лікування, профілактики алергічних захворювань у порожнині рота у дітей різного віку.

**Основні поняття:** прояви алергії в порожнині рота у дітей різного віку, знання типів алергічних реакцій, їх механізм виникнення, знання прояв алергії негайного типу у дітей різного віку, опанування методами діагностики алергійних прояв та вміння надавати невідкладну допомогу при проявах алергії негайного типу, а також призначення лікування проявів алергії уповільненого типу.

**Обладнання:** мультимедійний проектор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження.

**Навчальний час:** 4 години

### План

1. Організаційні заходи: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання проявів алергії в порожнині рота у дітей різного віку, знання типів алергічних реакцій, їх механізм виникнення, знання прояв алергії негайного типу у дітей різного віку, опанування методами діагностики алергійних прояв та вміння надавати невідкладну допомогу при проявах алергії негайного типу, а також призначення лікування проявів алергії уповільненого типу.

2. Контроль опорного рівня знань: фронтальне опитування здобувачів вищої освіти, спілкування з батьками дітей з метою збору анамнезу, клінічний огляд дітей, складання плану клінічного обстеження, дискусія щодо обґрунтування діагнозу. Контроль знань та вмінь базового обстеження в клініці дитячої стоматології.

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

Знати:

- Що таке алергія?
- Які прояви алергійних реакцій ви знаєте?
- Назвіть основні ознаки анафілактичного шоку в дітей різного віку.
- Назвіть ознаки ангіоневратичного набряку Квінке в дітей.
- Визначите невідкладні медичні маніпуляції при прояві алергії негайного типу.
- Укажіть причини медикаментозного стоматиту і його клінічні прояви.
- Лікування медикаментозної алергії.
- Назвіть причини, що викликають БЕЕ дітей.
- Як виявляється БЕЕ в дітей різного віку;
- Синдром Лайела, тактика лікаря-стоматолога;
- Синдром Стивенсон-Джонсона, тактика лікаря стоматолога;
- Яке лікування БЕЕ?

2.2. Зміст теми:

Безпосередньою причиною **алергічної реакції** є сенсibilізація до екзоалергенів (інфекційних і неінфекційних), значно менше – до ендо (ауто-) алергенів. Під впливом алергенів розвиваються алергічні реакції I–IV типів. Найпоширенішими є алергічні реакції I типу гіперчутливості (негайного) і IV типу гіперчутливості (сповільненого).

Алергічні реакції негайного типу виникають унаслідок приймання медикаментів (місцеві анестетики, саліцилати та ін.), введення вакцин. Їх причиною можуть бути такі харчові алергени, як риба, яйця, цитрусові або отрути комах.

У патогенезі цієї реакції велику роль відіграють біологічно активні медіатори (найчастіше гістамін), які вивільняються із сенсibilізованих тканинних базофілів та базофілів периферичної крові при їх контакті з антигенами. Біологічно активні речовини, циркулюючі імунні комплекси впливають на капілярні та клітинні мембрани, завдяки чому збільшується їх проникність.

Крім того, біологічно активні речовини спричиняють спазм м'язів бронхів та бронхіол, а також бронхорею. Це може призвести до ро-

звитку в дітей бронхообструктивного синдрому і дихальної недостатності (В.В. Бережний і співавт., 1997).

Усі гострі алергічні реакції, що потребують невідкладної допомоги, розподіляють на локалізовані – шкірні (кропивниця, набряк Квінке), респіраторні (у дітей раннього віку – бронхообструктивний синдром), а також генералізовані (анафілактичний шок і токсико-алергічний дерматит).

- **Набряк Квінке.**

*Набряк Квінке* (обмежений набряк шкіри та слизових оболонок) розвивається гостро, може супроводжуватися підвищенням температури тіла, типовою локалізацією (обличчя, слизова оболонка ротової порожнини, м'яке піднебіння). Набряк викликає неприємні відчуття розпирання, він неболісний. Особливо небезпечний набряк Квінке з локалізацією в ділянці голосових зв'язок – алергічний набряк гортані.

Невідкладна допомога полягає у припиненні подальшого уведення алергену, якщо його можна виявити, виходячи з даних анамнезу. Призначають антигістамінні препарати у звичайних дозах усередину, внутрішньом'язово, внутрішньовенне. Спосіб призначення препаратів залежить від тяжкості стану дитини і ситуації, що потребує необхідної допомоги. Найефективнішим є внутрішньовенне призначення препарату. Призначають також глюкокортикоїдні гормони (преднізолон від 1–2 до 3–5 мг/кг у тяжких випадках). У разі потрапляння алергену у травний канал необхідно промити шлунок та поставити очищувальну клізму. Корисними є призначення сорбентів. З метою зменшення свербежу на слизову оболонку ротової порожнини накладають мазі, що містять гормональні препарати.

- **Анафілактичний шок** – розвивається швидко, через декілька хвилин після уведення алергену. При цьому спостерігаються утруднене дихання, гостра серцево-судинна недостатність (тахікардія, артеріальна гіпотензія, ниткоподібний пульс, ціаноз). Іноді приєднуються бронхообструктивний синдром, судоми, непритомність. На шкірі може з'явитися поліморфний алергічний висип, можливий набряк Квінке. Невідкладна допомога включає: оксигенотерапію, надання хворому горизонтального положення з припіднятою головою, уведення 0,1 % розчину адреналіну по 5 мкг/кг і для підтримки гемодинаміки внутрішньовенне уведення глюкози – 1 мкг/кг за хвилину; кристалоїдних (не білкових) кровозамінників; 1 % розчин димедролу внутрішньовенне 0,5–1 мкг/кг у разі стійкої гіпотензії; преднізолону

по 3–5 мг/кг внутрішньовенне разово. За показаннями проводять серцево-легеневу реанімацію.

• **Токсико-алергічний дерматит** розвивається під впливом автоалергенів як алергічні реакції III типу за участю преципіту вальних антитіл і комплімента. *Клінічно* виявляють:

*I стадія:* поліморфна еритема (бульозний і бульозно-геморагічний висип);

*II стадія:* синдром Стівенса-Джонсона (бульозний висип на шкірі, ерозії навколо природних отворів, рідко – ураження паренхіматозних органів);

*III стадія:* синдром Лайєла – найтяжчий варіант алергічного бульозного дерматиту з майже тотальним відшаруванням епідермісу, значними ерозіями і токсико-алергічними ураженнями серця, печінки, нирок, наявністю високої температури тіла і тяжкої інтоксикації.

• **Багатоформна ексудативна еритема.**

Багатоформна ексудативна еритема – гостра запальна хвороба, для якої характерні поліморфний висип на шкірі та слизових оболонках, циклічність перебігу і схильність до рецидиву, особливо восени і навесні.

Крім класичної форми цієї хвороби, терміном «багатоформна ексудативна еритема» позначають також висип, який виникає внаслідок непереносності того чи іншого лікарського засобу, тому виділяють дві форми багатоформної ексудативної еритеми – інфекційно-алергічну і токсико-алергічну. Спостерігається у дітей у віці понад 5 років.

*Етіологія.* При інфекційно-алергічній формі важливу роль відіграє стафілококова і стрептококова інфекція, що розвивається на тлі попередньої сенсibiliзації та розвитку імунологічної недостатності. За даними А. Т. Машкілейсон та співавторів (1986), у 70 % хворих у патогенезі хвороби має місце фокальна інфекція – хронічний тонзиліт, гайморит, хронічний апендицит, періодонтит та ін. У хворих спостерігається підвищена чутливість до бактеріальних алергенів: стафілококового, стрептококового, кишкової палички тощо. Фокальна інфекція призводить до розвитку Т-клітинного імунодефіциту під впливом таких чинників, як переохолодження, вірусні хвороби, перевтомлення, перегрівання, приймання лікарських засобів.



Токсико-алергічна форма багатформної ексудативної еритеми виникає як гостра реакція на приймання антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, барбітуратів та інших засобів.

*Клініка.* Хвороба характеризується різними морфологічними елементами висипу – плямами, папулами, пухирцями, пухирями, які можуть локалізуватися на слизовій оболонці ротової порожнини та шкірі. Починається гостро, з головного болю, болю в суглобах, підвищення температури тіла до 38-39 °С. Через 1–2 дні в ротовій порожнині на тлі вираженої гіперемії виникають пухирці різних розміру та локалізації, які швидко проривають унаслідок дії будь-якого механічного подразника, після чого оголюються болючі ерозії, вкриті фібринозним нальотом. Окремі ерозії зливаються між собою, утворюючи значні ерозивні болючі поверхні, які кровоточать. Найчастіше елементи ураження локалізуються в присінку ротової порожнини, на слизовій оболонці губів, язика, щік, у кутах рота. На червоній облямівці губів з'являються великі ерозії з масивними геморагічними кірками. При локалізації ерозій на губах, язиці, зокрема на його нижній поверхні та вуздечці, діти відмовляються від їжі. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені і болючі. Загальний стан хворих тяжкий. Унаслідок інтоксикації у дітей порушується сон, зникає апетит, настають шлункові розлади. У ослаблених дітей, у разі приєднання вторинної фузоспірилярної інфекції може розвинути виразковий стоматит.

Висип на шкірі локалізується переважно на тильній поверхні кистей і передпліч, на гомілкях, інколи на стопах. Він може також розташовуватись на обличчі, шиї, вушних часточках. Спочатку виникають невеликі синюшно-червоні плями, які згодом набувають вигляду «кокард». Шкірний висип виникає одночасно з ураженням слизових оболонок. У багатьох хворих слід відзначити ізольоване ураження ротової порожнини. Хвороба триває 1–2 тижні.

Клініка інфекційно-алергічної і токсико-алергічної форм багатформної ексудативної еритеми за характером висипу майже аналогічна. Проте при токсико-алергічній формі, яка спричинена підвищеною чутливістю до лікарських засобів, немає сезонності рецидивів, інколи пухирі виникають на малозмінній слизовій оболонці ротової порожнини, запальні ознаки спостерігаються паралельно з ураженням ротової порожнини.

Багатформна ексудативна еритема може проявлятися у тяжкій формі за типом синдрому Стівенса-Джонсопа. Ця форма хвороби ха-

рактизується тяжким станом, високою температурою тіла, вираженою інтоксикацією. Хвороба починається гостро і швидко прогресує. Тяжкий загальний стан супроводжується утворенням великих еритематозних плям і пухирів на слизовій оболонці ротової порожнини. Після відторгнення епітелію оголюються значні ерозивні ділянки, які нагадують опікові поверхні II ступеня. Крім слизової оболонки ротової порожнини та шкіри, уражується також слизова оболонка носа, очей, статевих органів.

*Діагностика:* багатоформну ексудативну еритему слід диференціювати з гострим герпетичним стоматитом, хворобою Дюрінга, пухирчаткою. Відмінністю еритеми є відсутність симптому Нікольського, акантолітичних клітин (Тцанка), гострий початок і одужання на деякий час.

Лікування багатоформної ексудативної еритеми залежить від етіології та клінічного перебігу хвороби. Воно включає загальне і місцеве лікування. За тяжкої форми хвороби потрібна госпіталізація. Якщо хвороба виникає як реакція на лікарські засоби, лікування починають з усунення етіологічного чинника.

План загального лікування має передбачати проведення дезінтоксикаційної терапії, призначення антигістамінних препаратів, кортикостероїдів, вітамінів у дозах, відповідних до віку дитини.

Антигістамінні препарати знижують реакцію організму на гістамін, проникність капілярів, запобігають розвитку набряку тканин, зменшують прояви алергічних реакцій. Кортикостероїди призначають за тяжкої форми багатоформної ексудативної еритеми, синдромів Стівенса-Джонсона, Лайєлла. Застосовують преднізолон, гідрокортизон, дексаметазон виутрішньом'язово та виутрішньовенне по 2–4 мк/кг маси тіла (розрахунок за преднізолоном) 2–4 рази на добу, призначають дезінтоксикаційну терапію (натрію гіпосуль-фат, поліглюкін).

У разі легкої форми хвороби ефективним є натрію саліцилат, ацетилсаліцилова і мефенамінова кислоти, вітаміни групи В, аскорбінова (аскорутин, галаскорбін, плоди шипшини) і нікотинова кислоти, препарати кальцію.

У комплексній системі лікування важливу роль відіграє дієта, яка має бути енергетичне цінною, не подразнювальною, обволікаючою. Це бульйон, протерті каші, киселі, печене яблуко, морквяний сік, молочні продукти. Перед прийманням їжі проводиться знеболювання

слизової оболонки ротової порожнини (цитраль, 0,25 % розчин новокаїну, уснінат натрію та ін.).

Місцеве лікування залежить від стадії процесу і передбачає вживання знеболювальних засобів, кортикостероїдів, протеолітичних ферментів, розчинів препаратів нітрофуранового ряду, четвертинних амонієвих сполук (0,5 % розчин етонію), природних протибактеріальних препаратів – новоіманіну, ектерициду, натрію уснінату, лікарських рослин – ромашки, арніки, шавлії, кореня алтею. З початку епітелізації показані кератопластичні засоби, вітаміни (ретинол, токоферолу ацетат, шипшинова олія, каротолін, мазь і желе солкосерилу, аерозоль «Лівіан», «Ромазулан».

Схема місцевого лікування полягає в знеболюванні, видаленні зубного нальоту, плівок, кірок, які легко знімаються, та обробці уражених ділянок розчинами препаратів, які мають протимікробні, протизапальні і протинабрякові властивості. Позитивний терапевтичний ефект при тяжкому ураженні слизової оболонки дає лікарська суміш такого складу: трасилол – 5000 ОД, гепарин – 300–500 ОД, гідрокортизон – 2,5 мг, 1 % розчин новокаїну – 1–1,5 мл. Для підвищення місцевого імунітету ротової порожнини потрібні полоскання 0,1 % водним розчином левамізолу, лізоцимом.

*Профілактика.* Виявлення та санація вогнища інфекції, вилучення препаратів, які спричиняють рецидиви, підвищення імунологічних захисних сил дитини (метилурацил, пснтоксил, натрію нуклеїнат). Виявлення алергена дозволяє провести специфічну гіносенсibiлізацію – увести стафілококовий анатоксин, бактеріальний алерген.

*2.3. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки знань за темою заняття:*

**№1.** Хлопчик 12ти років скаржить на появу болісної «виразки» на язиці. З анамнезу: подібні висипання з'являються кожні 3 місяці; хворіє на холецистит. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви бліді. На слизовій оболонці язика визначається ерозія діаметром 0,8 см з фібринозним нальотом, розташована на інфільтрованій основі. Слизова навколо ерозії гіперемована у вигляді вінчика. Який попередній діагноз?

А. хронічний рецидивуючий афтозний стоматит;

В. сифілітична ерозія;

- C. травматична ерозія;
- D. багатоформна ексудативна еритема.

№2. Хлопчик 8-ми років скаржиться на наявність болісних виразок у порожнині рота. Подібна симптоматика відзначалась минулого року. Об'єктивно: на бічній поверхні язика виявлено 2 ерозії овальної форми, розміром до 0,5 см, вкриті фібринозним нальотом, болісні під час пальпації. Ерозії оточені гіперемованою облямівкою, їх краї дещо піднімаються над оточуючою слизовою оболонкою. В анамнезі у дитини – хронічний гастродуоденіт. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. хронічний рецидивуючий афтозний стоматит;
- B. багатоформна ексудативна еритема;
- C. синдром Бехчета;
- D. синдром Стівенса-Джонсона;
- E. гострий герпетичний стоматит.

№3. Дівчинка 6-ти років захворіла гостро 3 дні тому. Температура 40,3 °С. На шкірі обличчя, шиї, грудей, спини, передпліч, гомілкях червоно-багряна папульозна висипка і поодинокі міхури діаметром до 4-5 см, наповнені серозним вмістом. У порожнині рота: на слизовій оболонці, на язиці наявні великі ерозії, вкриті білуватим нальотом, різко болісні під час дотику. Губи набряклі, гіперемовані, вкриті кров'янистими кірками. Кон'юнктивіт. На шкірі повік – кров'янисті кірочки і міхурці. Периферичні лімфовузли збільшені незначно. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. синдром Стівенса-Джонсона;
- B. коровий стоматит;
- C. багатоформна ексудативна еритема;
- D. гострий герпетичний стоматит;
- E. синдром Лайелла.

№4. Батьки скаржаться на наявність у ротовій порожнині 8-річної дитини болісного утворення, що перешкоджає прийому їжі. Подібні скарги відзначаються двічі на рік. Об'єктивно: на слизовій оболонці нижньої губи виявлено ерозію округлої форми розміром до 0,7 см, яка вкрита нальотом сірувато-жовтого кольору. Ерозія має гіперемо-

вану облямівку, болісна під час пальпації. В анамнезі у дитини - хронічний холецистохолангіт. Який попередній діагноз?

- А. хронічний рецидивуючий афтозний стоматит;
- В. багатоформна ексудативна еритема;
- С. синдром Бехчета;
- Д. синдром Стівенса-Джонсона;
- Е. травматична ерозія.

№5. Хвора 42-х років скаржиться на набряк нижньої губи. Набряк з'явився добу тому після прийому таблетки аспірину. Об'єктивно: нижня губа значно набрякла, колір шкіри та слизової оболонки не змінений, під час пальпації губа безболісна, при натисканні на неї ямки не залишається. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. ангіоневротичний набряк Квінке;
- В. гландулярний макрохейліт;
- С. синдром Мелькерсона-Розенталя;
- Д. синдром Ашера;
- Е. синдром Мішера.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення турації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

- Типи алергійних реакцій у дітей.
- Прояви анафілактичного шоку у дітей, його лікування.
- Ангіоневротичний набряку Квінке, його лікування.
- Прояви медикаментозної алергії в порожнині рота у дітей.
- Клініка БЕЕ та її лікування.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів вищої освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньо-

арифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## Список рекомендованої літератури

### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривонос Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. – К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018. – 448 с.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

7. Протоколи надання стоматологічної допомоги. (Дитяча стоматологія). Х.Авіста-ВЛТ, 2016. – 72 с.

8. Уніфіковані клінічні протоколи екстреної медичної допомоги. – Стоматінфо. Харків, Ависта-ВЛТ, 2019. – 144 с.

9. Медична допомога при медикаментозній алергії. Стоматінфо (спецвипуск). Харків-ВЛТ, 2019. – 36 с.

*Додаткова:*

1. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. – 2018. – 992 с.

2. Herbert F. Wolf. Color Atlas of Dental Medicine. – 2018. – 580 p.

3. Atlas of Oral Diseases. The guide for Daily Practice. Van der Waal Isaak. – 2016. – 556 p.

4. Stomatology in 2 books. Rozhko M.M. – 2020. – 792 p.

5. Тестові завдання для підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту з дисципліни «Дитяча терапевтична стоматологія»: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. ф-тів та лікарів-інтернів / О. І. Годованець, І. С. Марчук, Л. Г. Гринкевич [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ВДНЗ України «Буковин. держ. мед. Унт». – Чернівці: БДМУ, 2019. – 232 с.

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

## Практичне заняття № 8

**Тема:** Прояви в порожнині рота при захворюваннях системи крові у дітей. Тактика лікаря-стоматолога.

**Мета:** ознайомитись з клінічні проявами у порожнині рота при захворюваннях кровотворної системи у дітей; здійснювати діагностику, диференційну діагностику, визначати лікарську тактику та проводити місцеву симптоматичну терапію при захворюваннях системи крові у дітей.

**Основні поняття:** провідні клінічні симптоми та синдроми при різноманітних клінічних варіантах основних стоматологічних захворювань у дітей. Дитяча терапевтична стоматологія, прояви в порожнині рота соматичних захворювань. Стоматологічний кабінет.

**Обладнання:** мультмедійний проектор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження(учбова кімната, симуляційне обладнання).

### План

1. Організаційні заходи: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання гістологічної будови органів порожнини рота, будови кровотворних органів; склад крові; механізм гемопоеза дозволяє уявляти важливість функції кровотворної системи та властивості крові. Кожен лікар повинен розуміти біологічну роль крові в організмі, порушення всіх систем, які виникають при таких захворюваннях. Тому потрібно знати показники, що характеризують склад і властивості крові у нормі; біохімічні показники крові в нормі; методики визначення вмісту лейкоцитів, тромбоцитів, гемоглобіну у крові. Оцінити роль недостатності еритроцитів у крові; визначити відхилення показників лейкоцитарної формули, змін біохімічного складу крові при різних патологіях організму.

Проводити огляд, назначати обстеження таких хворих.

2. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):



*2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);*

Знати:

- Класифікація захворювань, які мають прояви на слизовій оболонці порожнини рота у дітей.
- Розрізняти структурні елементи органів порожнини рота.
- Визначати клітинний склад і розрізняти.
- Тканинні структури різних ділянок слизової оболонки порожнини рота, ферментні елементи крові на препаратах.
- Визначати кількість еритроцитів, гемоглобіну, ШОЕ, читати лейкоцитарну формулу.
- Розрізнити клінічні прояви захворювань системи крові згідно з даними об'єктивного обстеження і результатами лабораторних методів діагностики.
- Знати зміни, що відбуваються в органах і тканинах організму при захворюваннях системи крові.
- Знати клінічні прояви та діагностику захворювань системи крові у дорослих і дітей.
- Знати гістологічну будову органів порожнини рота.
- Знати будову кровотворних органів:
  - а. склад крові;
  - б. гемопоєз.
- Уявляти функції кровотворної системи:
  - а. склад і властивості крові;
  - б. показники, що характеризують склад і властивості крові у нормі.
- Розуміти біологічну роль крові в організмі:
  - а. біохімічні показники крові в нормі;
  - б. методики визначення вмісту лейкоцитів, тромбоцитів, гемоглобіну у крові.
- Які зміни визначаються в периферичній крові при різних соматичних захворюваннях? Приклади.

*2.2. Зміст теми:*

В останній час все частіше зустрічаються захворювання системи крові у дітей. При цьому найбільш часто зустрічаються анемії, на другому місці за частотою – геморагічні діатези, але спостерігається тенденція до збільшення захворюваності лейкозом. Серед усіх хворих

зі злоякісними захворюваннями кровотворної та лімфоїдної тканини кожен десятий – дитина. Зміни у порожнині рота можуть бути першими симптомами хвороб крові, що змушує батьків приводити дитину насамперед до лікаря-стоматолога. При захворюваннях крові виникають різні зміни у порожнині рота.

Виходячи із цього, лікар-стоматолог дитячий повинен добре знати прояви у порожнині рота при гіповітамінозах і захворюваннях кровотворної системи, уміти правильно поставити діагноз, щоб у випадку необхідності своєчасно направити дитину на консультацію та лікування до потрібного спеціаліста, тим самим зберігши життя і здоров'я пацієнта і запобігнувши розвиненню ускладнень.

При захворюваннях крові виникають різні зміни у порожнині рота. Схильність слизової порожнини рта і шкіри до значних змін пояснюється тим, що кров, власне шкіра та слизові являють собою одну із форм розвитку з'єднувальної тканини.

**При анеміях у дітей** класичними ознаками є зміни на язиці: він стає гладким, «полірованим», блискучим, особливо в області спинки. Ці зміни супроводжуються білями та жаром у язиці, що посилюються під час прийому пряної їжі. Ясеневі сосочки синюшні, кровоточать, трохи збільшені, догляд за порожниною рота утруднений.

• **Залізодефіцитна анемія** характеризується зниженням рівня гемоглобіну, зменшенням числа еритроцитів на тлі підвищеної загальної залізов'язувальної функції крові. Хвороба пов'язана з порушенням обміну заліза, який проходить досить інтенсивно в організмі дитини починаючи з постнатального періоду.

Картина крові в залежності від тяжкості захворювання:

- гемоглобін – 70-90 ( $N_M$  – 135-180 г/л;  $N_{Ж}$  – 120-140 г/л);
- еритроцити – 2,5-3,0 ( $N_M$  – 4,0-5,0x10<sup>12</sup>/л;  $N_{Ж}$  – 3,9-4,7x10<sup>12</sup>/л);
- залізо сироватки крові – 7,1-9,7 ( $N$  – 8,53-28,06 мкмоль/л);
- кольоровий показник – менше 0,7 ( $N$  – 0,8-1,0).

У периферичній крові можуть спостерігатися патологічні форми еритроцитів:

- *анізоцитоз* (клітини різної величини – мікроцити, макроцити, мегалоцити);
- *пойкилоцитоз* (клітини різної форми).

Крім того, зустрічаються еритроцити, що містять залишки ядратільця Жолли, залишки оболонки ядра-кільця Кебота, еритроцити з базофільною зернистістю – результат дозрівання в патологічних умовах.

Лікування проводиться лікарем-гематологом, підлітковим лікарем. Стоматолог здійснює симптоматичну терапію.

• ***V<sub>12</sub> – фолієводефіцитна анемія, анемія Аддісона-Бірмера*** у дітей зустрічається рідко, частіш виникають при глистній інвазії, при кровоутратах після інфекційних захворювань, при неповноцінному вигодовуванні на фоні авітамінозів, у дівчат у період статевого дозрівання. У результаті чого розвиваються нервово-трофічні розлади, що призводять до дегенеративно-запальних змін у шлунку. При цьому перестає виділятися внутрішній фактор – гастромукопротеїн і порушується всмоктування вітаміну V<sub>12</sub>.

Це призводить до магалобластичного типу еритропоеза в клінічній картині захворювання.

• ***Гострий мієлобластний лейкоз*** характеризується восковою блідістю шкіри та слизових оболонок, значними геморагіями, кровоточивістю ясен, відслоюванням їх від зубів. Сильні кровотечі з ясен нерідко спостерігаються на початку хвороби. Часто приєднується виразково-некротичний гінгівіт, некроз тканин пародонта. Видалення зубів може привести до розвинення великого некротичного процесу. У крові: лейкоцитоз (150 – 250 тис.), анемія і тромбоцитопенія (до 5000), з'являються гемоцитобласти, пієлобласти та ін.

*Прояви лейкозів у дітей* характеризуються наявністю 4-х синдромів:

- анемічного (недостатність вмісту еритроцитів у периферичній крові);
- геморагічного (схильність до геморагії);
- гіперпластичного (схильність слизової оболонки до розростання);
- інтоксикаційного (наявність симптомів інтоксикації організму).

• ***Гострий лімфобластний лейкоз*** характеризується розростанням лімфоїдної тканини та утворенням лейкомічних інфільтратів у яснах, внаслідок чого гіперплазія ясен (зуби розташовуються як на «м'якій підстилці»). Для гострих лейкозів характерні також одонталгії, рухомість зубів (внаслідок резорбції міжзубних перегородок). Для хронічних лейкозів характерні геморагічний синдром, гіперплазія лімфоїдного апарату, трохи рідше виразково-некротичні процеси та рідко гіперплазія ясен.

• ***Агранулоцитоз*** (відсутність у крові гранулоцитів – сегментоядерних і паличкоядерних нейтрофілів) проявляється виразково-некро-

тичним стоматитом. Уражаються некротичним процесом мигдалини, дужки, язик, ясна. Характерно ареактивне протікання, лімфовузли збільшені. На зовнішньо не зміненій слизовій оболонці з'являються ділянки білого кольору, як після хімічного опіку, які знаходяться на рівні оточуючої слизової, некротизована ділянка поступово збільшується. У зв'язку з тромбопенією при лейкозі часто виникають крововиливи в області ділянки ураження і некротизована тканина забарвлюється у темно-бурий колір. Ділянки некрозу відторгаються дуже повільно, вони наче припіднімаються над рівнем слизової оболонки у вигляді некротичної пробки. При загоєнні епітелій проникає під край такої пробки, і після її відторгнення залишається невеликий швидко епітелізуючийся дефект.

Важливу роль відіграє діагностичне значення окремих *елементів лейкоцитарної формули*:

– **базофілія** спостерігається як реакція на введення чужорідних білків, вакцин, сироваток; в гострому періоді інфаркту міокарда, при хронічному мієлолейкозі (у поєднанні з еозинофілією – як базофільно-еозинофільна асоціація), відсутність базофілів в крові діагностичного значення не має;

– **еозинофілія** спостерігається при алергії, гельмінтозах, в період одужання від гострих інфекційних захворювань (рожева зоря одужання), при хронічному мієлолейкозі;

– **еозінопенія** спостерігається у розпалі гострих інфекційних захворювань, в гострому періоді інфаркту міокарда;

– **нейтрофіліоз** зустрічається при запальних гнійних процесах, сепсисі, при мієлолейкозі, може супроводжуватися зрушенням ЛФ вліво (регенераторним – коли збільшується вміст у крові всіх незрілих форм, або дегенераторним, коли має місце тільки збільшення вмісту якої-небудь однієї з них);

– **нейтропенія** зазвичай спостерігається при загальній лейкопенії, проявляється агранулоцитозом, спостерігається також при важких інфекційних хворобах – черевний тиф, гепатит А, при променевої хворобі, може бути спадковою-циклічною і постійною, в цих випадках часто супроводжується пародонтальним синдромом;

– **лімфоцитоз** характерний для хронічних специфічних інфекцій (туберкульоз, бруцельоз), для інфекційного мононуклеозу, для лімфолейкозу;

– **лімфопенія** спостерігається при лімфогранульоматозі, лімфосаркоматозе, метастазах пухлин в лімфовузлах;

- **моноцитоз** зустрічається при малярії, туберкульозі, активації ревматизму, гепатолієнальному синдромі, інфекційному мононуклеозі;
- **моноцитопенія** характерна для тяжких форм сепсису.

З **геморрагічних діатезів** найбільш часто зустрічаються:

– **геморрагічний васкуліт (хвороба Шенлейна-Геноха)**, при котрому спостерігаються крововиливи у шкіру та слизові оболонки (ясна, щоки, тверде і м'яке піднебіння). Після видалення зуба кровотеча важко зупиняється. Картина крові без особливостей. Вважають, що це рідке захворювання алергічного характеру;

– **геморрагічний ангиоматоз (хвороба Ослера)** – спадкове захворювання з множинними телеангіектазіями, проявляється частими довірльними кровотечами із носу і слизової порожнини рота. У крові патологічних змін не проявляється;

– **тромбоцитонічна пурпура (хвороба Верльгора)** рідко трапляється у дитячому віці. Провідна ознака – крововилив у шкіру та слизову оболонку, особливо ясен, щік, губ та ін. Кровотеча виникає під дією найдрібніших травм, кров'яні згустки відсутні. У крові тромбоцитів налічується до 1 100 – 10 000.

При **гемофільї** крововиливів зазвичай немає, але бувають тривалі кровотечі. При підозрі на хвороби крові в усіх випадках обов'язкова консультація гематолога. Лікування полягає в санації порожнини рота (видаляти зуби тільки після відповідної підготовки у стаціонарі) та симптоматичної терапії.

*2.3. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:*

– Опишіть загальні клінічні ознаки та прояви в порожнині рота залізодефіцитної анемії у дітей.

– Тактика лікаря-стоматолога при залізодефіцитній анемії.

– Надайте характеристику загальним клінічним ознакам та проявам у порожнині рота при гострих лейкозах у дітей.

– Які зміни визначаються в периферичній крові при гострих лейкозах у дітей?

– Тактика лікаря-стоматолога при гострих лейкозах у дітей.

– Опишіть загальні клінічні ознаки та прояви в порожнині рота хронічних лейкозів у дітей.

- Які зміни спостерігаються в периферичній крові при хронічних лейкозах у дітей?
- Тактика лікаря-стоматолога при хронічних лейкозах у дітей.
- Надайте характеристику загальним клінічним ознакам та проявам в порожнині рота при гемофілії.
- Тактика лікаря-стоматолога при геморагічних діатезах у дітей.
- Назвіть причини розвитку та клінічні прояви агранулоцитозу у дітей.
- Які зміни відбуваються в периферичній крові при агранулоцитозі у дітей?
- Опишіть тактику лікаря-стоматолога при агранулоцитозі у дітей.

№1. Хлопчик 14 років, скарги на печіння і болючість в язиці, що посилюється при прийомі гострої їжі. Останнім часом зазнає нездужання, слабкість, слизова оболонка порожнини рота бліда, ясенні сосочки ціанотичні, гіпертрофовані, кровоточать. Язик гладкий, як «полірований» (гунтеровській глосит). У крові: Нв-190 г/л; кольоровий показник 1,15. Ваш діагноз:

- A. В12-фолиеводефіцитна анемія;
- B. гострий лейкоз;
- C. залізодефіцитна анемія;
- D. цукровий діабет;
- E. агранулоцитоз.

*Відповідь: A.*

№2. Дівчинка 14 років, скарги на біль і печіння в язиці, сухість у роті, ламкість нігтів. Об'єктивно: трофічні розлади шкіри, слизова оболонка порожнини рота бліда, слабо зволожена, язик набряклий, атрофія сосочків на кінчику язика. Тріщини в кутах рота. Які додаткові дослідження необхідно провести:

- A. мікроскопічні дослідження зубного нальоту;
- B. загальний аналіз крові;
- C. біохімічні дослідження ротової рідини;
- D. рентгенологічне дослідження щелеп;
- E. пробу Шиллера – Писарева.

*Відповідь: B.*

№3. Дитина 12 років, скарги на біль і печіння в порожнині рота при прийомі їжі. Втрата у вазі, швидка стомлюваність, нервозність. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, сухі. У порожнині рота – блідість слизової оболонки щік і ясен, язик збільшений в розмірах, яскраво-червоного кольору, ниткоподібні сосочки атрофовані. Ваш діагноз:

- A. анемія Аддісона-Бірмера;
- B. агранулоцитоз;
- C. гіповітаміноз PP (пелагра);
- D. залізодефіцитна анемія;
- E. дерматит Дюринга.

*Відповідь:* D.

**Матеріали контролю для заключного етапу заняття:  
задачі, завдання, тести тощо (у разі необхідності):**

**Ситуаційні задачі:**

№1. У дівчинки 5 років кровоточивість ясен на протязі місяця, неприємний запах з рота. В анамнезі часті кровотечі з носа, стомлюваність, підвищення температури тіла. Об'єктивно: шкіра обличчя і слизова оболонка порожнини рота бліда. На слизовій оболонці порожнини рота є дрібні крововиливи. Слизова оболонка ясен яскраво гіперемована, значно набрякла, кровоточить при доторканні. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, рухомі, безболісні. Консультація якого фахівця необхідна в першу чергу?

- A. гематолога;
- B. невропатолога;
- C. ендокринолога;
- D. інфекціоністів;
- E. гастроентерології.

*Відповідь:* A.

№2. Сашко Л., 3 роки, хворіє 10 днів. Скарги: підвищення температури до 37,5 °С, втрата апетиту, млявість, легкий набряк в підочних ділянках, кровоточивість з ясен. Об'єктивно: дитина бліда, апатична; лімфаденіт підщелепних лімфовузів; ясенний край закриває до 1/2 коронки тимчасових зубів, гінгівіт з некротичною каймою по всьому маргінальному краю ясен. Аналіз крові: підвищений показник ШОЕ, зниження вмісту гемоглобіну і загальної кількості

лейкоцитів. Які додаткові обстеження необхідно провести для встановлення діагнозу?

- A. рентгенографію, консультацію фтизіатра;
  - B. аналіз калу, консультацію гастроентеролога;
  - C. розгорнутий аналіз крові, зокрема лейкоцитарну формулу крові;
  - D. ЕКГ, консультацію кардіолога;
  - E. імунограму, консультацію імунолога.
- Відповідь: С.*

№3. У дівчинки 10 років кровоточивість на протязі 3-х днів з лунки видаленого 63 зуба з приводу фізіологічної зміни. В анамнезі тривалі кровотечі після видалення молочних зубів і часті кровотечі з носа. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота бліда, є дрібні крововиливи. Лунка видаленого 63 зуба виконана масивним вибухаючим згустком, з під якого виділяється кров. На шкірі передпліч пентехії.

- A. Консультація якого фахівця необхідна в першу чергу?
- B. Які лабораторні методи дослідження необхідно провести?
- C. Які помилки зробив лікар-стоматолог?

***Відповідь до ситуаційної задачі № 3***

- A. Гематолога.
- B. Загальний аналіз крові, із уточненням вмісту тромбоцитів.
- C. Лікар-стоматолог не звернув уваги на анамнез, не зажадав пред'явити результати біохімічних досліджень крові і не вжив додаткових заходів з метою прискорення зупинки кровотечі.

**Матеріали контролю для заключного етапу заняття  
(задачі, завдання):**

№1. Дитина 10 років, скарги на постійну слабкість, втомленість, сухість у роті. Шкіряні покрови обличчя бліді, з ділянками лушення. Слизова оболонка рота бліда, суха, з явищами гіперкератозу. Язик яскраво-червоний, спостерігається тотальна атрофія сосочків. В кутах рота – ангулярний хейліт.

- а. Поставити діагноз.
- б. Яка тактика стоматолога?



№2. У дитини 10,5 років скарги на кровоточивість та збільшення ясен протягом місяця. Об'єктивно: дитина млява, температура тіла 37,2оС. Слизова оболонка ясен гіперемована, набрякла, ясна гіпертрофіровані, кровоточать, трохи покривають коронки зубів. Дитина знаходиться на обліку у невропатолога з приводу епілепсії.

- а. Яке захворювання кровотворної системи може бути в дитини?
- б. Яке лабораторне обстеження необхідно провести в першу чергу?
- в. Яка тактика стоматолога?

№3. Дитина 14 років скаржиться на біль і печіння у кінчику язика при прийомі їжі, язик набряклий, на спинці язика смуги яскраво-червоного кольору, маються крапкові крововиливи на слизовій щік, твердого піднебіння.

- а. Поставити діагноз.
- б. Які методи обстеження підтвердять діагноз?

***Вірні відповіді до задач:***

№1. Задача:

- а. Залізодефіцитна анемія.
- б. Направити на консультацію до гематолога і проводити місцеву симптоматичну терапію.

№2. Задача:

- а. Гострий лейкоз.
- б. Загальний аналіз крові.
- в. Направити на лікування до гематолога і проводити місцеву симптоматичну терапію.

№3. Задача:

- а. В<sub>12</sub>-фолієводефіцитна анемія.
- б. Дослідження крові на вміст еритроцитів, гемоглобіну і кольоровий показник.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

– Особливості збору анамнеза у дітей з різних регіонів України в залежності від віку і наявності факторів ризику захворювань системи крові.

– Особливості інструментального обстеження слизової оболонки та пародонту у дітей різного віку з захворюваннями системи крові.

– Обстеження дітей препубертатного віку.

– Обстеження слизової оболонки порожнини рота у дітей різного віку.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## **Список рекомендованої літератури**

*Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривонос Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарєв С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. – К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інш. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева 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.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

7. Протоколи надання стоматологічної допомоги. (Дитяча стоматологія). Х.Авіста-ВЛТ, 2016. – 72 с.

8. Уніфіковані клінічні протоколи екстреної медичної допомоги. – Стоматінфо. Харків, Авіста-ВЛТ, 2019. – 144 с.

9. Медична допомога при медикаментозній алергії. Стоматінфо (спецвипуск). Харків-ВЛТ, 2019. – 36 с.

*Додаткова:*

1. Савичук Н.О. Діагностика та лікування найбільш поширених уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей // Журнал практичного лікаря. – 2005. – 5 – с. 27-91.

2. Oral mucosa diseases: Textbox / М. Yu. Antonenko, O.F. Nesyn, S.A. Shnyder [et al.]; by ed. A.V. Borysenko. – Odesa: Print house, 2015. – р. 219-238. ISBN 978-966-389-354-9

3. Терапевтична стоматологія / [Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.]; під ред. проф. А.В. Борисенко К.: Медицина, 2010. – 640 с.: іл., табл. – Бібліогр.: с. 391-412. ISBN 978-966-10-0080-2

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>
2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

## Практичне заняття № 9

**Тема:** Прояви в порожнині рота при захворюваннях шлунково-кишкового тракту та ендокринної системи у дітей. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматиту дітей. Клініка, діагностика. Тактика дитячого стоматолога.

**Мета:** Ознайомитись з клінічну картиною та перебігом захворювань шлунково-кишкового тракту та ендокринної системи у дітей; проявами їх на слизовій оболоньки порожнини рота. Вміти діагностувати ХРАС.

Знати тактику лікаря-стоматолога дитячого при цих захворюваннях.

**Основні поняття:** провідні клінічні симптоми та синдроми при різноманітних клінічних варіантах основних стоматологічних захворювань у дітей. Дитяча терапевтична стоматологія, прояви в порожнині рота соматичних захворювань. Стоматологічний кабінет.

**Обладнання:** мультмедійний проектор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження(учбова кімната, симуляційне обладнання).

### План

1. Організаційний момент: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

На практичному занятті необхідно навчитися проводити огляд, назначати ціліспрямоване обстеження тематичних хворих. Поставити діагноз і здійснити диференційну діагностику проявів у порожнині рота в дітей захворювань ШКТ, ендокринної системи з іншими соматичними захворюваннями у. Направити зусілля на вивчення клініки, діагностики та диференційної діагностики прояв на слизовій оболоньки порожнини рота таких захворювань як ХРАС, порушення ШКТ та ендокринної системи у дітей різного віку. Обирати тактику лікаря-стоматолога дитячого.

2. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності);

*2.1 Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);*

Знати:

- Структурні елементи органів порожнини рота.
- Гістологічну будову органів порожнини рота.
- Визначати клінічні прояви та діагностику ХРАС у дорослих і дітей.
- Розрізняти клінічні прояви захворювань захворювань ШКТ, ендокринної системи згідно з даними об'єктивного обстеження.
- Знати зміни, що відбуваються в органах і тканинах організму при означених захворюваннях ендокринної системи у дітей різного віку.
- Знати зміни, що відбуваються в органах і тканинах організму при означених захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей різного віку.
- Знати дозування та шляхи введення препаратів.
- Вміти обирати тактику лікаря-стоматолога дитячого.

*2.2 Зміст теми:*

Відомо, що порожнина рота є початковим відділом шлунково-кишкового тракту. В ембріональному періоді розвитку зародка всі органи системи травлення розвиваються з первинної кишкової трубки. Часто захворювання ШКТ та ендокринної системи супроводжуються змінами слизової оболонки порожнини рота. Ці прояви пояснюються морфофункціональною схожістю слизовою оболонки порожнини рота і шлункового тракту. Крім того, СОПР є потужним рецепторним полем, що сприймає рецепторні впливи усього організму.

Численні дослідження лікарів-клініцистів підтверджують те, що у 75 % хворих с патологіями СОПР досліджуються захворювання ШКТ та ендокринної системи.

З об'єктивних *симптомів* можна виділити:

- нашарування на язичку;
- порушення рельєфності язика;
- набряк СОПР;
- парестезія;
- виразкові враження СОПР;
- зміни кольору слизової оболонки;
- гінгівіти.

## Хвороби шлунково-кишкового тракту

• **Хронічний гастрит та гастродуоденіт** зустрічається частіше ніж інші патології та становить близько 70-80 % по відношенню до інших захворювань ШКТ у дітей. З цих двох хвороб переважно діагностують саме гастродуоденіт.

Гастродуоденіт часто перебігає на фоні послабленого організму дитини від перенесених раніше соматичних неінфекційних захворювань. Алергологічний анамнез у таких дітей обтяжений у 25-30 % випадків. Також велику роль у кислотозалежних хворобах (зокрема хронічного гастродуоденіту) грає бактерія «*Helicobacter pylori*».

Для гастриту та гастродуоденіту характерні скарги на інтенсивні та приступообразні болі в епігастральній ділянці та правому підреб'ї й диспептичні розлади.

Прояви у порожнині рота залежать від стану секреторної та кислотоутворюючої функції шлунка. Підвищена кислотність часто супроводжується гіперсаливацією, гіпертрофією сосочків язика, зміною кольору слизової оболонки. Діти скаржаться на поганий запах з рота, парестезію, почуття гіркого у порожнині рота, зміну відчуття смаку. Також можуть зустрічатися ділянки десквамативного глоситу. Це пов'язано з гастродуоденальним рефлексом, який утворюється на фоні послаблених глоткового та кардинального клапанів шлунку, внаслідок чого вміст шлунку з його секреторною складовою викидається у порожнину рота, тим самим впливаючи на смакові рецептори.

Понижена кислотність у свою чергу супроводжується великою кількістю нашарувань на язичку, пересиханням губ, ангулярним хейлітом, гіпослівацією. Ці зміни пояснюються гіпополівітамінозами, які з'являються на фоні порушення всмоктування та обміну вітамінів, переважно вітаміну В.

### • **Виразкова хвороба.**

*Виразкова хвороба* – хронічне рецидивне захворювання, проявом якого є виразковий дефект слизової оболонки шлунку та/чи дванадцятипалої кишки. Основним фактором цього захворювання визнана інфекція «*Helicobacter pylori*». У наш час виразкова хвороба зустрічається у дітей майже в 10 разів більше, ніж у 90-ті роки.

Скарги дитини аналогічні скаргам при гастриті та гастродуоденіті, але мають більш інтенсивний, стійкий та тривалий характер. В порожнині рота виразкова хвороба проявляється високою тактильною чутливістю, обкладеністю язика жовто-коричневими нашаруваннями,

гіпертрофією грибоподібних та листовидних сосочків. Також часто зустрічається «волохатий язик», катаральний стоматит та ділянки десквамації епітелію язика.

• При *дискінезії жовчовивідних шляхів та хронічному холециститі* батьки скаржаться на підвищення температури, стійку біль в правому підребер'ї, стійку нудоту у дитини. Для цих захворювань характерні загальні симптоми інтоксикації: головний біль, розлади сну, підвищена втомлюваність, субфебрильна температура.

У порожнині рота при даних патологіях характерна висока інтенсивність карієсу, причому декомпенсовані його форми та атипічні локалізації, які призводять до раннього видалення зубів. Також характерний генералізований катаральний гінгівіт, складчастість та набряк язика.

• *Хронічний коліт, ентероколіт.*

Ці патології зустрічаються дуже часто серед дітей, особливо у ранньому віці. У перші дні загострення хронічного коліту чи прояви гострого ентероколіту у дітей зустрічається генералізований набряк СОПР, підвищення саливації, зяяння кінцевих протоків слинних залоз (можлива їх обтурація). Але найяскравішим проявом цих захворювань є хронічний рецидивуючий афтозний стоматит. Також, для хронічного коліту та ентероколіту характерні глосит та заїди, які проявляються на фоні гіповітамінозу РР та В<sub>2</sub>. При хронічному коліті діагностичною ознакою є нашарування на язичку, а при ентероколіті – десквамація та атрофічні зміни СОПР.

• Окрему увагу слід приділити *дисбактеріозу кишківника*. Ця патологія має досить велике значення у хворобах ШКТ, так як зустрічається досить часто у дітей наймолодшого віку. Якщо дитина не отримує необхідну кількість лакто- та біфідобактерій з материнським молоком, то патогенна флора заповнює простір кишківника, тим самим викликає дисбактеріоз.

У порожнині рота дисбактеріоз проявляється ознаками зниження місцевого імунітету: кандидозними нашаруваннями на язичку, появою афтозного стоматиту, зниженням карієс-резистентності емалі, глоситами, хейлітами і т.п.

### Ендокринна система

На розвиток зубощелепної системи (ЗЩС) людини протягом всього часу формування впливає ендокринна система. Її регулююча



функція полягає у впливі на структурні елементи ЗЩС гормонами внутрішньої секреції.

Найбільш ранній вплив на зубощелепну систему оказує щитоподібна залоза. Розглянемо, як гормони щитоподібної залози впливають на порожнину рота.

• **Тиреотоксикоз** – захворювання, яке характеризується надлишковою кількістю гормонів щитоподібної залози на органи та системи організму. Часто хворі скаржаться на парестезію та пониження смакової чутливості. При об'єктивному дослідженні: слизова оболонка порожнини рота бліда, набрякла. По лінії змикання зубів на щоках спостерігається помутніння слизової оболонки. Ниткоподібні сосочки язика згладжені, присутній тремор язика. Можливо появлення десквамативного глоситу. Характерно, що ділянки десквамації епітелію мають округлі обриси, оточені белесоватим обідком. Також, через зміну водно-електролітного балансу в організмі, змінюється склад слини, що призводить до демінералізації твердих тканин зубів. В наслідок цього, на ріжучих краях фронтальної групи та на буграх жувальної групи зубів можна спостерігати крейдоподібні плями, які швидко переходять до наступних стадій розвитку карієсу, що призводить до швидкого руйнування зубів.

Варто відмітити, що для даної патології характерне раннє прорізування зубів із аномаліями розвитку емалі.

Зміни зазнає також червона кайма губ. Вона пересушена, з дрібними лусочками, які після видалення залишають яскраво гіперемовану поверхню з явищем мацерації.

• **Гіпотиреоз** – синдром, причиною якого є тривала і стійка нестача в організмі гормонів щитовидної залози або зниження їх біологічного ефекту на тканинному рівні.

У порожнині рота на м'якому та твердому піднебінні зустрічаються дрібні точкові геморагії. СОПР при цьому набрякла, але блідно-рожевого кольору. Язик збільшується у розмірах, не вміщується у порожнину рота, що призводить до порушення функцій ковтання та мовлення. Часто спостерігається генезалізоване каріозне ураження зубів з пришийковою локалізацією. Прорізування зубів затримується (затримка при змінному прикусі 2-3 роки), пізня мінералізація зубних зачатків.

Також, при гіпофункції можлива зміна форм коронкових частин зубів. Коронка має округлу форму та меншу висоту.

При гіпотиреозі нерідко спостерігається затримка в рості кісток лицьового черепа. При цьому спостерігається затримка зрощення піднебінного шву, недорозвинення підборіддя та збільшену верхню щелепу, внаслідок чого формуються патологічні види прикусу.

• **Гепатити.**

Досить рідкісна група захворювань у дітей. У ротовій порожнині відзначається жовтушність слизової оболонки, особливо м'якого піднебіння, ураження маргінального періодонта різного ступеня тяжкості, трофічні зміни язика - атрофія ниткоподібних сосочків, десквамація епітелію, так званий «глосит Глесснера», характерно гострий перебіг карієсу. У переважної більшості хворих – атопічний хейліт. При тривалому перебігу хвороби поряд зі змінами слизової оболонки порожнини рота у вигляді набряку, гіперемії і сухості спостерігається затримка фізіологічного процесу прорізування зубів.

• **Цукровий діабет** займає третє місце після серцево-судинних та онкологічних захворювань. Пік захворюваності відмічається після п'ятирічного віку та в пубертатний період. При даному захворюванні відмічаються зміни у порожнині рота в залежності від тривалості захворювання та ступеню метаболічної патології.

Несталість рівню глюкози у крові впродовж доби часто призводять до ксеростомії, яка є основною ознакою цукрового діабету. Слина має велике значення у підтримці місцевого імунітету в порожнині рота. Пониження слиновідділення тягне за собою сприятливі умови для розвитку дисбактеріозу ротової порожнини та появи м'яких та твердих нашарувань на зубах.

Цукровий діабет впливає на тканини періодонту, що висловлюється у багатьох дослідженнях. При даному захворюванні визначаються порушення гемодинаміки, збільшення у розмірі еритроцитів та пониження проникності судів та капілярів, внаслідок чого відбувається погіршення трофіки у тканини пародонту.

• **Гіпофункція кори надниркових залоз (хвороба Аддісона)** – ендокринна патологія, при якій спостерігається втрата чи значне пониження здатності надниркових залоз продукувати достатню кількість гормонів, у тому числі, кортизолу.

Характерними ознаками хвороби Аддісона є поява пігментації шкіри та слизової оболонки (меланодермія). Пігментації зазвичай підлягають відкриті ділянки шкіри (лице, затилок, руки, шия, долоні).

Пігментація слизової оболонки порожнини рота зазвичай проявляється у вигляді невеликих плям і смуг від коричнево-лілового до червонувато-синюшного відтінку, які локалізуються на червоній облямівці губ, в області кутів рота, на яснах, бічних поверхнях язика, а також на слизовій оболонці щік по лінії змикання зубів, на твердому і м'якому небі, задній стінці глотки. Пігментація може з'явитися задовго до інших симптомів захворювання (за 5-10 років) і бути першим його ознакою. Існує пряма залежність між інтенсивністю пігментації і тяжкістю захворювання. Нерідко розвитку симптомів ендокринопатії передує кандидоз, або хронічний рецидивний афтозний стоматит.

Хворі з хронічною недостатністю кори надниркових залоз дуже чутливі до стресів, тому при проведенні стоматологічного лікування, особливо при видаленні зубів, можливий аддісоніческой криз. Для профілактики цього ускладнення рекомендується попередня гормональна терапія і консультація ендокринолога.

- При **гіперфункції кори надниркових залоз** спостерігається збільшення розмірів щелеп, раннє прорізування зубів, збільшений розмір кликів та остеопороз кісток лицьового черепа. Слизова оболонка при цьому набрякла, з відбитками зубів на щоках та язика. Можливе зниження місцевого імунітету, внаслідок чого часто проявляються грибкові ураження, афтозний стоматит та неспецифічні запальні процеси ясен.

- При **захворюваннях гіпофізу** слід виділити **акромегалію та гігантизм**. В даних випадках у хворих відбувається неконтрольований ріст та збільшення виступаючих частин черепа – носа, підборіддя, виличних костей, чола (частіше надбрівних дуг) та вушних раковин. Внаслідок швидкого та неконтрольованого росту костей тіла може спостерігатися дифузний остеопороз.

- **Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит** – хронічне захворювання слизової оболонки порожнини рота, характеризується періодичними висипаннями у виді афт. Діти хворіють переважно з 5-літнього віку. Статистичні дані свідчать про частоту захворюваності цим захворюванням – 3-5 % від загального числа стоматологічних хворих. При хронічному рецидивуючому афтозному стоматиті значно змінюються показники клітинного і гуморального імунітету, неспецифічної резистентності організму, що приводить до ослаблення функціональної активності протимікробних антитіл і спричиняє зрушення якісного складу мікрофлори порожнини рота. Це у свою чергу

сприяє гнобленню факторів імунного захисту, розвитку гіперчутливості уповільненого типу до бактеріального і тканинного антигенів. Періодичне загострення хвороби в дитини змушує батьків усі частіше звертатися до дитячого лікаря стоматологу, що у свою чергу повинний правильно оцінити ситуацію: не тільки провести діагностику, диференціальну діагностику, але і призначити дитини на обстеження до педіатра. Тому треба ознайомити студентів з етіологією, патогенезом хронічного рецидивуючого афтозного стоматита, створити представлення про зв'язок проявів у порожнині рота з соматичною патологією; студент повинний знати клінічні прояви різних форм ХРАС, уміти проводити діагностику цього захворювання. Це аутоалергічний процес, що виникає в результаті сенсibiliзації організму до умовно-патогенних мікроорганізмів шкт, вірусів, антигенів мікробного, харчового походження. В основі лежать патолог. процеси-дисбактеріоз, коліт, ентерит, гастрит, ексудативно-катаральний діатез, кандидоз, що приводять до порушення обміну білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, гноблення фагоцитозу й ін. механізмів специфічного і неспецифічного імунітету.

В основі лежать патолог. процеси-дисбактеріоз, коліт, ентерит, гастрит, ексудативно-катаральний діатез, кандидоз, що приводять до порушення обміну білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, гноблення фагоцитозу й ін. механізмів специфічного і неспецифічного імунітету.

**Локалізація афта** – язик, губи, перехідна складка слизуватої оболонки, вуздічка, рідше – тверде і м'яке піднебіння. Розмір афт – 5-7 мм, до 1 см. Різко хворобливий патологічний процес розвивається тільки в епітеліальному шарі, тому не залишається рубця. Період заживлення – 7-10 днів.

– **Афта бехчета** – «Великий афтоз» (Турен, 1941 р.) – поразка слиз. оболонки порожнини рота, око, статевих органів. Велика глибина поразки слиз. оболонки. Афти мають ерозивно-виразковий характер, покритий сірим нальотом, різко хворобливі.

– **Афта сетона** – хвороблива виразка з піднятими краями, яка локалізується на запальному інфільтраті. Після епітелізації утворюється рубець.

З'ясувати з анамнезу частоту появи афт, їхню кількість, тривалість рецидивів; наявність соматичних захворювань, особливо шкш. Огляд-колір, набряклість слизуватої оболонки, наявність характерних елементів-афт, їхня кількість, розмір, локалізація, хворобливість. Об-

*стеження в педіатра:* копрограма, аналіз крові, ендоскопія, консультація алерголога (алергопроби).

**Місцеве лікування:**

- гігієна порожнини рота, антисептики (0,1-0,5 % етонія, ротокан 1:20, відвари і настої трав, ізолуючі пов'язки);
- Олія шипшини, обліпихи, каротолін, вінілін і ін.
- Тімалін, вілозен: порошок наносять на афти и покривають клеєм КЛ-3.

**Загальне лікування:**

- лікування основного захворювання, дієта.
- гистаглобулін по 0,5-2 мл п/ш один раз в 3 дні.
- гіпосенсибілізація: диізолін, лоратадін, еріус, аналергін, тавегіл, супрастин и др.

**Підвищення імунітету:**

- гаммаглобулін;
- метілурацил;
- пірогенал;
- левамізол.

***Роль лікаря-стоматолога у лікуванні патологій ШКТ та ендокриної системи, також ХРАС.***

Лікар-стоматолог може бути першою ланкою у ланцюгу діагностики вищезазначених патологій. Найчастіше ці захворювання проявляються у порожнині рота ще до появи характерних соматичних симптомів. Завданням лікаря-стоматолога у цій ситуації є надання кваліфікованої, високоспеціалізованої, систематичної та комплексної медичної допомоги і диференціації хворих дітей у окремі диспансерні групи.

***2.3 Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки знань за темою заняття:***

- Вміти діагностувати клінічні прояви захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей на СОПР.
- Вміти діагностувати клінічні прояви захворювань ендокриної системи на СОПР у дітей.

– Вміти діагностувати клінічні прояви та проводити диференційну діагностику ХРАС у дітей різного віку.

– Вміти проводити диференційну діагностику клінічних проявів захворювань шлунково-кишкового тракту та ендокринної системи у дітей на СОПР.

– Вміти складати план симптоматичного лікування у порожнині рота захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей.

– Вміти складати план симптоматичного лікування у порожнині рота захворювань ендокринної системи у дітей.

– Вміти визначити характер змін на СОПР.

– Вміти виписати рецепти лікарських засобів, які використовуються в стоматології.

### **Матеріали для контролю для заключного етапу (задачі, завдання, тести тощо):**

№1. Батьки привели своєї дитини 8 років до стоматолога – педіатру зі скаргами на періодичну появу ранок у порожнині рота в дитини. З анамнезу з'ясувалося, що 2-3 рази в рік у цієї дитини з'являються дуже хворобливі ерозії на різних ділянках слизуватої оболонки порожнини рота. Крім того, часто виникають болі в животі, диспепсія, часто буває поганий апетит. Об'єктивно: на незміненої слизуватої оболонки порожнини рота визначається 3 афти, покриті сіруватим нальотом, хворобливі, локалізуються на язичку і перехідної складки.

а. Поставте діагноз.

б. Визначите ступінь ваги.

в. Призначте лікування – місцеве і загальне.

г. Яка подальша тактика лікаря?

#### ***Відповіді до задачі:***

а. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.

б. Середнього ступеня ваги.

в. *Місьеве:* зменшити біль – масляні емульсії з анестезином; запобігти приєднання вторинної інфекції – розчини антисептиків; прискорити процеси епітелізації – ферменти для очищення афт, кератопластичні препарати. *Загальне:* лікування соматичних захворювань; підвищення імунітету; прийом десенсибілізуючих препаратів; вітамінотерапія.

г. Лікар повинний призначити план обстеження, у першу чергу органи травлення, направити батьків до педіатра.

**№2.** На прийом із приводу профогляду лікар-стоматолог дитячий виявив у дівчинки 10 років одиничну афту, покриту сіруватим нальотом, хворобливу. Афта локалізується на язичку. Об'єктивно: Слизувата оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, язичок обкладений, на кінчику язика одинична афта.

- а. Припустите діагноз.
- б. Як можна підтвердити цей діагноз?
- в. Визначите тактику лікаря.

***Відповіді до задачі:***

- а. Можливий діагноз – ХРАС, легка форма.
- б. Зробити докладне опитування, направити на обстеження до педіатра.
- в. Узяти дитину на диспансерне спостереження з приводу ХРАС у випадку підтвердження діагнозу після обстеження; проводити лікування.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

- Анатомічна будова СОПР.
- Гістологічна будова слизової оболонки порожнини рота у дітей.
- Елементи ураження СОПР. Первинні та вторинні морфологічні елементи.
- Класифікація захворювань, які мають прояви на слизовій оболонці порожнини рота у дітей.
- Лікарські засоби, які використовуються для симптоматичної терапії вказаних вище захворювань.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі moodle.odmu.edu.ua: <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=20>

12

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

### **Список рекомендованої літератури**

#### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривонос Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. – К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інш. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева 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.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.



6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

7. Протоколи надання стоматологічної допомоги. (Дитяча стоматологія). Х.Авіста-ВЛТ, 2016. – 72 с.

8. Уніфіковані клінічні протоколи екстреної медичної допомоги. – Стоматинфо. Харків, Авіста-ВЛТ, 2019. – 144 с.

9. Медична допомога при медикаментозній алергії. Стоматинфо (спецвипуск). Харків-ВЛТ, 2019. – 36 с.

*Додаткова:*

1. Савичук Н.О. Діагностика та лікування найбільш поширених уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей // Журнал практичного лікаря. – 2005. – 5 – с. 27-91.

2. Oral mucosa diseases: Textbox / М. Yu. Antonenko, O.F. Nesyn, S.A. Shnayder [et al.]; by ed. A.V. Borysenko. – Odesa: Print house, 2015. – р. 219-238. ISBN 978-966-389-354-9

3. Терапевтична стоматологія / [Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.]; під ред. проф. А.В. Борисенко К.: Медицина, 2010. – 640 с.: іл., табл. – Бібліогр.: с. 391-412. ISBN 978-966-10-0080-2

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

## Практичне заняття № 10

**Тема:** Захворювання губ та язика у дітей. Самостійні та симптоматичні хейліти. Причини, клініка, діагностика, лікування, профілактика.

**Мета:** Вивчити етіологічні чинники, що викликають захворювання губ та язика у дітей. Вивчити патогенез захворювань губ та язика у дітей. Засвоїти діагностику захворювань губ та язика у дітей. Вміти обирати тактику лікаря-стоматолога дитячого та план лікування при цих захворюваннях.

**Основні поняття:** провідні клінічні симптоми та синдроми при різноманітних клінічних варіантах основних стоматологічних захворювань у дітей. Дитяча терапевтична стоматологія, прояви в порожнині рота соматичних захворювань. Стоматологічний кабінет.

**Обладнання:** мультмедійний проектор, ноутбук, дані клінічних методів обстеження (учбова кімната, симуляційне обладнання).

### План

1. Організаційний момент: привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

Знання гістологічної будови органів – губ та язика порожнини рота дозволяє обрати ретельний підхід до діагностики та лікуванню захворювань означених структур. Необхідно вивчити етіологічні чинники, що викликають захворювання губ та язика у дітей.

Також патогенез захворювань губ та язика у дітей. Проводити огляд, назначати обстеження таких хворих

Студенти повинні засвоїти класифікацію захворювання губ та язика у дітей.

На практичному занятті розібрати клініку цих захворювань у дітей.

засвоїти діагностику захворювань губ та язика у дітей; аналізувати диференційну діагностику захворювань .

Обов'язково на етапах після постановки діагнозу запропонувати лікування захворювань губ та язика у дітей.

2. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

*2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);*

Знати:

- Класифікацію захворювань губ у дітей.
- Класифікацію захворювань язика у дітей.
- Описати анатоמו-морфологічні особливості будови губ.
- Описати анатоמו-морфологічні особливості будови язика.
- Описати анатоמו-морфологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота у дітей в різні вікові періоди розвитку дитини.
- Визначити лікарські засоби, що використовуються для лікування та профілактики захворювань губ та язика у дітей.
- Вміти виписати рецепти лікарських засобів, які використовуються в стоматології.
- Знати дозування та шляхи введення цих препаратів.

*2.2. Зміст теми:*

**Захворювання губ** – важливий розділ сучасної стоматології і дерматології. Знаходячись під постійним впливом зовнішніх і внутрішніх чинників, червона облямівка губ є місцем проявлення різних захворювань, в тому числі й дерматозів. Труднощі вивчення і діагностики патології губ заключаються у значній кількості захворювань, що локалізуються у цій ділянці, у відмінностях етіології і патогенеза цих страждань, і часто у значній подібності їх клінічних проявів.

Значну групу патологічних змін слизової оболонки ротової порожнини складають захворювання язика. Знання етіології, клінічного перебігу самостійних глоситів дає можливість вірно встановити діагноз, та обрати метод лікування згідно віку дитини, стану її здоров'я.

• **Хейліт** – це запальний процес червоної облямівки, слизової оболонки, шкіри губів. Клінічні форми хейліту пов'язані з характером перебігу запального процесу, морфологічними та функціональними особливостями слизової оболонки ротової порожнини, червоної облямівки губів і шкіри у дітей. У різному віці реакція на той чи інший подразник у дітей може бути різною, що зумовлює особливості клінічного перебігу хейліту та важкість його діагностики.

Покривні тканини губів представлені шкірою, червоною облямівкою і слизовою оболонкою ротової порожнини. Шкіра має 3 шари: епідерміс, дерму і підшкірну жирову клітковину.

Слизова оболонка ротової порожнини складається із багатощарового плоского епітелію, сполучнотканинної строми і підслизового шару. Червона облямівка губів має перехідну будову від шкіри до слизової оболонки.

Епідерміс шкіри морфологічно формуються до 12 років життя дитини і складаються з кількох шарів: кератинового (рогового), елеїдинового(блискучого), кератогіалінового (зернистого), шипуватого і базального.

Епітелій слизової оболонки губів також морфологічно дозріває до 12 років і має 2 два шари: шипуватий і основний (базальний). Зовнішні клітини шипуватого шару мають плоску форму і виконують захисну функцію.

Червона облямівка губів має 4 шари епітелію: основний (базальний), шипуватий, кератогіаліновий і елеїдиновий. У ньому немає поверхневого кератинового шару. Проте червона облямівка захищає від зовнішнього впливу завдяки наявності в ній елеїдину, якого немає в слизовій оболонці ротової порожнини (Л.І. Фалін, 1980).

Особливості клініки хейліту значною мірою зумовлені морфологічною та функціональною зрілістю покривних тканин губів. У новонароджених і немовлят епітелій слизової оболонки ротової порожнини і епідерміс шкіри малорозвинені, тонкі, ніжні, містять багато глікогену, базальна мембрана майже не виявляються. Покривні тканини губів схильні до дії різних подразників, проте мають високу здатність до регенерації.

Клітинних елементів, сполучнотканинної структури шкіри і слизової оболонки без чіткої орієнтації, пухкі, реакції імунітету знижені. Патологічний процес, що розвивається в таких тканинах, гострий і тотальний. У віці 4-12 років епітелій стовщується, зменшуються кількість клітинних елементів, кровоносних судин, чітко формуються базальна мембрана.

У цей період зменшуються дифузні реакції тканин. Поряд із цим значно зростає кількість лімфоїдно-гістiocитарних елементів. Розвивається схильність до виникнення алергічного процесу в губах.

**Класифікація.** Залежно від етіологічного чинника розрізняють такі *різновиди хейліту*:

I. самостійні:

- травматичний, ексfolіативний;
- контактний алергічний;

- метеорологічний;
- гландулярний;
- мікробний.

## II. симптоматичні:

- атонічний;
- екзематозний;
- макрохейліт (синдром Мелькерсона-Розенталя): гіповітамінозний (ангулярний хейліт, тріщина губів).

Залежно від перебігу хвороби розрізняють гострий і хронічний хейліт.

## I. Самостійні хейліти.

– **Травматичний хейліт.** *Етіологія.* Гострий хейліт у дітей найчастіше є наслідком травми губи і наступного її інфікування. Він може виникнути внаслідок хімічних, термічних подразнень. Розвиваються також як ускладнення на тлі герпетичного, мікотичного ураження.

*Клініка.* Гострий хейліт характеризуються почервонінням, набряклістю губи. Її слизова оболонка яскраво-червоного кольору, напружена, набрякла. Припухання губи зумовлене набряком пухкої підшкірної жирової клітковини. Губа болюча, недостатньо рухома.

*Діагностика.* Мас значення анамнез. Потрібна диференціальна діагностика з хейлітом алергічного походження.

*Лікування.* Антибактеріальна терапія – мазі і крем гента-міцину сульфату, лінімент синтоміцину (аплікацій' на губи 2-3 рази на добу), зрошення інгаліптом та іншими антисептичними і протизапальними засобами.

– **Ексфоліативний хейліт.** Хвороба характеризується лущенням червоної облямівки губи, частіше нижньої, і мас хронічний перебіг.

*Етіологія.* Важливу роль відіграє порушення архітектоніки губів. Фізіологічна архітектоніка губів характеризуються повним правильним змиканням – щільним змиканням по лінії переходу червоної облямівки губи у слизову оболонку (зона Клейна), яке забезпечується м'язами рота.

При повному неправильному змиканні губи дитини зімкнені, але змикання губів може відбуватися не по зоні Клейна. У такому разі губа відвернута назовні або завернута всередину.

У разі неправильного змикання іноді у дітей виявляються напруження підборіддя, яке пов'язане з напругою м'язів цієї ділянки.

При неповному змиканні губів у дітей їх слизова оболонка ви-сушується, підлягає впливу низьких температур, сонячного випромінювання. У дітей формуються звичка закушувати або облизувати губи. Екسفоліативний хейліт розвиваються нерідко внаслідок гіповітамінозу аскорбінової або нікотинової кислоти, вітамінів групи В, порушення функції щитоподібної залози, центральної нервової системи.

*Клініка.* Виділяють суху та ексудативну форми хронічного екسفоліативного хейліту. Суха форма хейліту характеризуються утворенням на червоній облямівці губи лусочок сірого або сірувато-коричневого кольору. Кусочки легко відпадають, прилегла слизова оболонка дефекту не мас.

У разі ексудативної форми хейліту утворюються щільні кірки сірувато-жовтого або коричневого кольору. Вони покривають шаром червону облямівку губи до кутів рота. Після зняття кірок оголюються яскраво-червона, гладенька поверхня, ерозій немає. Губи збільшені в розмірах, болючі при доторканні.

Для цього різновиду хейліту характерна локалізація від лінії Клейна до середини червоної облямівки губи.

Якщо причиною хейліту є гіповітаміноз, у дітей може спостерігатись лущення шкіри обличчя, за вухами, себорейний дерматит. Лущення відбуваються безперервно – кірочки або кусочки то відпадають, то знову виникають.

У разі сухої форми хвороби діти скаржаться на сухість губів, виникнення лусочок. Ексудативна форма супроводжується відчуттям паління, болючістю, напруженням у губах, їх збільшенням.

*Діагностика.* Диференціювати потрібно з метеорологічним, контактним, алергічним хейлітом. Мають значення анамнез, характер елементів ураження та їх локалізація.

*Лікування* потрібно починати з усунення ротового дихання, ліквідації порушення архітектоніки губів (лікування в оториноларинголога, призначати дихальні вправи, міотерапію).

Місцеве показані аплікації натуральними оліями, вітаміновмісними препаратами – каротолін, шипшинова олія, ретинол, карофіленова мазь тощо, кремами – «Календула», «Спермацетовий».

При ексудативній формі застосовуються борна або борно-вазелинова мазь.

– **Контактний алергічний хейліт.** Ця форма хейліту є класичним проявом алергічної реакції сповільненого типу.

**Етіологія.** Частіше спостерігаються у дітей шкільного віку і розвиваються внаслідок контакту слизової оболонки губів з різними хімічними речовинами. У дітей шкільного віку він є наслідком шкідливої звички тримати в роті різні предмети. Може виникати після користування еліксирами, деякими зубними пастами тощо. Всмоктувальна здатність слизової оболонки ротової порожнини у дітей особливо виражена, тому після контакту її з алергеном останній швидко проникає в неї.

**Клініка.** На місці контакту з алергеном утворюються еритема, виникає невелике лущення. Процес локалізується на червоній облямівці губів і шкірі, у деяких хворих значно виражена запальна реакція, на її тлі виникають дрібні пухирці, які лопаються і мокнуть. Хворі скаржаться на свербіж, сухість, паління губів.

**Діагностика.** Диференціювати контактний алергічний хейліт слід з метеорологічним та сухою формою ексfolіативного хейліту.

**Лікування** передбачає усунення контакту з алергеном, гіпо-сенсibiliзувальні препарати. Місцеве проводять протизапальне лікування (1 % розчин мефенаміну натрієвої солі, 1 % розчин саліцилової кислоти, змазування губів анестезином з гліцерином (1-10 процедур). Якщо неспецифічне протизапальне лікування неефективне, потрібно призначити протягом 4-6 днів мазі, які містять кортикостероїди.

– **Метеорологічний хейліт.** Хвороба характеризується хронічним запаленням червоної облямівки губів, яке виникає під впливом метеорологічних чинників – холоду, вітру, сонячного випромінювання, підвищеної вологості, заповненого повітря. Сприяють розвитку хвороби шкідливі звички – закушування, облизування губів.

**Клініка.** Спостерігаються гіперемія, інфільтрація губів, частіше нижньої. Поверхня її суха, може бути вкрита лусочками. Шкіра і слизова оболонка губів не змінені. Дитина відзначає відчуття стягування, сухості губів, іноді паління.

**Діагностика.** Має значення анамнез. Потрібно диференціювати метеорологічний хейліт із контактним алергічним і сухою формою ексfolіативного хейліту.

**Лікування.** Насамперед потрібне усунення чинників, що спричиняють хейліт. Місцеве призначають фотозахисні жирні креми і мазі, при вираженій запальній реакції – короткочасно преднізо-лонову мазь.

– **Гландулярний хейліт.** Ця форма хейліту характеризується хронічним запаленням малих слинних залоз губів.

*Етіологія.* Серед різних чинників, які спричиняють гландулярний хейліт, слід відзначити природжену аномалію слинних залоз переміщення їх у червону облямівку губів, що проявляється в період статевого дозрівання або після нього. На думку деяких авторів (Т.Ф. Виноградова, 1987), початковою причиною цього хейліту є не атопія залоз, а порушення архітектоніки губів унаслідок неповного або неправильного їх змикання. У дітей мають значення також шкідливі звички, прикушування губів, хронічні травми, психогенний чинник, генетична схильність.

*Клініка.* Частіше хвороба виникає у пубертатному віці. Хворі скаржаться на болючість, сухість, збільшення та лущення губів, виникнення тріщин, ерозій, мацерації.

Під час об'єктивного обстеження виявляють розширені вивідні протоки малих слинних залоз губів, гіперемію слизової оболонки губів. Якщо хвороба триває значний період, то губи збільшуються в об'ємі. При натискуванні на губи із залоз виділяється секрет у вигляді прозорих або мутних крапель (симптом роси або краплі). Червона облямівка губів вкрита лусочками. Нерідко на цьому тлі виникають тріщини, ерозії.

*Діагностика* нескладна.

*Лікування* здійснюється комплексно. Місцеве призначають мазі з антибіотиками (тетрациклінова, гентаміцинова, лінімент синтоміцину та ін.), кортикостероїдами, при стійкому перебігу – випромінювання Буккі, електрокоагуляцію слинних залоз. У загальному лікуванні доцільними є антибіотикотерапія, призначення сульфаніламідних препаратів, загальне УФ опромінення.

– **Мікробний хейліт.** Хвороба спостерігається в дітей будь-якого віку, але частіше молодшого.

*Етіологія.* Мікробний хейліт спричиняється стрептококовою інфекцією і дріжджеподібними грибами роду *Candida*. Чинниками, що сприяють виникненню хейліту, є зниження м'язового тонуку кутів рота, порушення архітектоніки губів, шкідливі звички, глибокий прикус. Важливим чинником розвитку цього хейліту є зниження імунологічної реактивності дитини.

*Клініка.* Діти скаржаться на болючість, виникнення тріщин, що кровоточать, у кутах рота, набряклість губів, лущення. Залежно від



мікрофлори, яка спричиняє хворобу, виділяють хронічний стрептококовий і мікотичний хейліт.

Під час об'єктивного обстеження в кутах рота виявляються гіперемія, набряклість, тріщини різної глибини. Характерною особливістю цього хейліту є ураження прилеглих ділянок шкіри до кутів рота. Вона гіперемійована, має лусочки різної величини. Поряд із цим у разі тривалого перебігу процесу стовщується червона облямівка губів, виникає набряклість, лущення.

У слабких дітей, на тлі гіповітамінозу після перенесених інфекційних та інших хвороб потрібно діагностувати стрептококове імпетиго, яке локалізується на шкірі лица в кутах рота, ділянці носа, на губах. Первинним морфологічним елементом є пухир із в'ялою тонкою верхівкою. Утворюється фліктена, яка є різновидом абсцесу (гнояка). Вміст фліктени – серозно-гнійний, потім гнійний. Через 1–2 дні на місці фліктени з'являються кірки, в разі видалення яких виникає ерозія (мал. 42 – див. кольорову вклейку). Хвороба контагіозна. Якщо приєднується повторна стафілококова інфекція, розвиваються вульгарне імпетиго. При цьому вміст фліктени жовтий, на її місці утворюються жовто-коричнева кірка. Імпетиго супроводжується інтенсивним свербіжем.

*Діагностика.* Для з'ясування діагнозу потрібно здійснити бактеріологічне дослідження матеріалу з уражених ділянок.

Лікування залежить від результатів бактеріологічного дослідження. Антибактеріальне лікування здійснюється разом із санацією ротової порожнини і загальногіпєнічними заходами. Для цього використовують антибіотики (мазь і крем гентамцину сульфату, лінімент сінтоміцину, мазі – стрептоцидову, фурацилінову, ривано-лову та таку, що містить оксид цинку).

Для лікування піодермії, гнійних процесів на шкірі обличчя, губів доцільно використовувати 2 % водний і спиртовий розчин бриліантового зеленого.

## **II. Симптоматичні хейліти.**

– *Атонічний хейліт.* Атонічний хейліт має хронічний перебіг, розвиваються як симптом атонічного дерматозу або дифузного нейродерміту.

*Етіологія.* У розвитку хвороби велике значення мають чинники, що зумовлюють схильність до атонічної алергії. Може поєднуватися з

бронхіальною астмою, алергічним ринітом. У дітей молодшої о віку в патогенезі нейродерміту важливу роль відіграють аліментарні порушення. Ферментативна недостатність шлунка і кишок проявляється дисбактеріозом, дискінезією жовчних шляхів, їх спазматичним станом і можливим розвитком атонічного хейліту.

З анамнезу виявляється, що в дигигієні спостерігаються алергічні реакції на окремі лікарські засоби, деякі харчові продукти та інше. Загострення хейліту виникав в осінньо-зимовий період, улітку– ремісія. У віці 19-20 років можливе самовиліковування.

*Клініка.* На червоній облямівці губів і шкірі, що прилягає до неї, в кутах рота виявляються еритема з чіткою межею, набряк. На цій ділянці можуть з'являтися розчоси, кірочки. Після затихання гострого запального процесу спостерігаються ліхенізація губів, яка характеризується різким ущільненням шкіри, посиленням її малюнка і порушенням пігментації. При цьому червона облямівка губів інфільтрована, губа може збільшуватись у розмірі, виявляється посилення її малюнка. Характерними є дрібні радіальні борозенки на червоній облямівці, тонкі лусочки. У кутах рота –інфільтрація, тріщини, сухість шкіри, лущення.

Найчастіше уражується шкіра на щоках, лобі, ліктьових і підколінних складках. Вона суха, гіперемійована, ліхенізована, на ній багато екскоріацій (подряпин), кірок. Інтенсивний свербіж супроводжується ексудативними проявами у вигляді набряку і мокнуття.

*Диференціальна діагностика.* Атопічний хейліт потрібно диференціювати з ексфоліативним, контактним, алергічним і метеорологічним. Допомагають у діагностиці дані анамнезу, локалізація ураження, наявність ліхенізації губів.

*Лікування* має поєднувати загальні і місцеві заходи. Проводиться неспецифічне гіпосенсибілізувальне лікування протигістамінними препаратами і вітамінами. В окремих хворих ефективно лікування гістаглобуліном (4–6 ін'єкцій підшкірно 2 рази на тиждень). У разі тяжкого перебігу хвороби призначають кортикостероїди (дітям 8–14 років по 10–15 мг / добу).

Місцеве використовують мазі з кортикостероїдами (2–3 рази на добу), антибактеріальні і протизапальні засоби. При значних інфільтрації та ліхенізації рекомендуються мазі, що містять від 3 до 10% нафталану, сірки. Доцільно вилучити з уживання вуглеводи, гострі страви. Для профілактики рецидивів хейліту рекомендується тривале перебування дитини в умовах півдня.

– *Екзематозний хейліт*. Екзематозний хейліт є симптомом генералізованої хвороби – екземи. Екзема – це хронічна рецидивуюча хвороба шкіри, яка має нейроалергічний генез.

*Етіологія*. Важливе значення мають мікробні алергени, а також харчові, хімічні, медикаментозні. Патологічні зміни різних органів і систем у дітей є чинниками ризику, що спричиняють утворення екзо- і ендоалергенів.

Екзематозний хейліт розвивається частіше у дітей 4–6 років з порушенням архітектоніки губів, при неправильному прикусі, шкідливій звичці облизувати губи. Шкіра хворих на екзему чутлива до впливу різних хімічних речовин, з якими раніше контакту не було. Це зумовлено порушенням функціонального стану рецепторів шкіри внаслідок утворення автоалергенів при розвитку екземи.

*Клініка*. Розрізняють гостру і хронічну екзему губів. Для гострого екзематозного хейліту характерні гіперемія, набряк губів, потім виникнення маленьких вузликів, що швидко перетворюються на пухирці. Пухирці зливаються між собою, лопаються і мокнуть з утворенням кірок, іноді масивних. Найчастіше процес локалізується на обох губах і прилеглий до них шкірі.

При хронічному екзематозному хейліті червона облямівка губів і шкіра ущільнені внаслідок запальної інфільтрації. На цьому тлі місцями розташовуються вузлики, везикули, кірки. На червоній облямівці нерідко утворюються болючі тріщини, кров'янисті кірочки. Іноді, коли червона облямівка гіперемійована, легко відокремлюються зроговілі лусочки.

*Диференціальна діагностика*. Екзематозний хейліт потрібно диференціювати з контактним алергічним та атонічним хейлітом. Контактний алергічний хейліт має мономорфний характер, зникає після усунення контакту з алергеном. Лікування при екзематозному хейліті потрібно проводити спільно з лікарем-педіатром або алергологом. Ефективність його за лежить від виявлення та ліквідації впливу на організм дитини алергенів, що спричиняють екзематозний процес.

Методи неспецифічного патогенетичного лікування включають гіпосенсибілізувальні засоби, вітамінні препарати, діету з виключенням харчових алергенів і зменшенням кількості вуглеводів.

За тяжких форм екземи призначають кортикостероїди (дітям 8–14 років по 10–15 мг / добу).

Місцеве лікування при гострому або загостреному перебігу хвороби передбачає використання мазі на стероїдній основі: оксикорту у вигляді аерозолу, лориндену С, тріамцинолону, дексаметазону. Після зменшення гіперемії, набряку тканин призначають 2–5 % сіркодігтярну мазь, 2 % борно-дігтярну, 10–20 % нафталанну. Ефективні також змазування губів, особливо на ніч, натуральними жирами або мазями рослинного походження (календула, каротолінова та ін.), солкосерилом.

У реабілітації хворих важливу роль відіграють санація ротової порожнини, санаторно-курортне лікування і диспансеризація. За період диспансеризації потрібно проводити огляд дитини, контролювати характер змикання губів і дихання, призначати міогімнастику з метою підтримання правильного тонуусу колового м'яза рота.

– **Борозенчастий (складчастий) язик** розцінюється як аномалія. У ряді випадків виявляються у дітей з хворобою Дауна, при макроглосії, органічних хворобах центральної нервової системи. При цьому загальна поверхня язика значно збільшена, виникають численні рівчаки, які утворюють подовжені і поперечні симетричні складки з нормальною структурою слизової оболонки та сосочками на їхньому дні і бічних поверхнях. Як правило, суб'єктивних розладів немає, але затримка залишків їжі в глибині складок може супроводжуватись пекучістю і болючістю, неприємним запахом з рота. Диференціюють борозенчастий глосит із синдромом Мелькерссона Розенталя.

Специфічного лікування не потрібно. Рекомендується санація ротової порожнини, дотримання гігієнічних вимог.

– **Десквамативний глосит** спостерігається досить часто як у дітей, так і у дорослих. Вірогідною причиною трофічних порушень в епітеліальному покриві спинки язика в дитячому віці можуть бути хронічні хвороби шлунка і кишок (гастрит, гастроентерит, холецистит), гельмінтози, ексудативний діатез. У ряді випадків виявити супутню хворобу не вдається.

*Клінічно* ураження язика супроводжується рецидивним місцевим порушенням процесів зроговіння і дистрофічними змінами ниткоподібних сосочків язика. На кінчику та спинці язика періодично внаслідок відторгнення епітелію утворюються ділянки у вигляді червоних плям, що втратили кілька шарів епітелію. Плями нерівномірно і прогресивно збільшуються, займаючи нові поверхні. Кілька ділянок десквамації у вигляді овалів, кілець, що ніби напливають один на одного

і з'єднуються, утворюючи химерний малюнок, віддалено нагадують географічну карту. У ділянках ураження зникають ниткоподібні сосочки язика, а десквамації мають мігруючий характер.

Загальний стан дитини практично не змінюється, в розпал рецидиву хвороби суб'єктивних відчуттів також може не бути. Проте нерідко дитина відчуває печію та біль, особливо при вживанні гострих харчових продуктів. Загострення десквамативного глоситу пов'язують із посиленням змін у травному каналі, а також з іншими подібними симптомами в організмі.

*Диференціюють* такий глосит з проявами на язиці авітамінозу, системних хвороб, сифілісу, лейкоплакії, червоного плоского лишая.

Специфічного лікування десквамативного глоситу немає. Діти, які хворіють на цю хворобу, потребують санації ротової порожнини, усунення подразників місцевого характеру. За наявності болю і парестезій доцільно використовувати ванночки з розчином цитра-лю (25 крапель 1 % спиртового розчину на 100 мл води), 10 % суспензії анестезину на рослинній олії. Десквамації можна усунути шляхом призначення пантотенату кальцію (вітамін B1) упродовж місяця. Доцільно провести обстеження дитини з подальшим лікуванням соматичних хвороб спільно з педіатром.

– **Ромбоподібний глосит** належить до різновидів десквамативного. За цієї хвороби виникає ділянка десквамації епітелію по середній лінії язика ближче до кореня, яскраво-червоного кольору, нерідко з горбкуватою поверхнею, вигляд якої не змінюється упродовж тривалого часу. У дітей спостерігається досить рідко. Можливий зв'язок ромбоподібного глоситу з порушеннями секреторної функції органів травлення, природженим туберкульозом чи сифілісом. Припускають, що десквамація біля кореня язика є порушенням ембріонального розвитку. Хвороба хронічна, клінічна картина може не змінюватись роками. Спеціального лікування не потребує.

Чорний волосатий язык виникає у дітей унаслідок порушення фізіологічних процесів десквамації рогового шару епітелію ниткоподібних сосочків язика і характеризується їх гіперплазією, у зв'язку з чим сосочки можуть значно подовжуватись (більше ніж на 1 см). Харчові барвники забарвлюють товстий шар нальоту в темний, а іноді навіть у чорний колір. В анамнезі, як правило, мають місце хвороби шлунка і кишок з порушенням секреторної функції; тривале лікування антибіотиками, що підтверджується погіршенням апетиту і ди-

спептичними розладами. Діти скаржаться на неприємний запах з рота. Можливе виникнення супутнього кандидозу.

Зміни на язиці можуть зникнути через 2–3 тижні після нормалізації функцій внутрішніх органів, особливо травного каналу, проте іноді залишаються на тривалий час.

*Лікування.* Діти з чорним волостим язиком підлягають обстеженню для виявлення супутньої соматичної хвороби. Доцільно застосовувати місцеві фунгіцидні речовини, а також кератолітичні препарати (аплікації 1% розчину резорцину, 1% розчину саліцилової кислоти).

*2.3. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:*

- Засвоїти класифікацію захворювання губ та язика у дітей.
- Розібрати клініку захворювань губ та язика у дітей.
- Засвоїти діагностику захворювань губ та язика у дітей.
- Аналізувати диференційну діагностику захворювань губ та язика у дітей.
- Запропонувати лікування захворювань губ.
- Вибрати лікування захворювань язика у дітей.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження):

Теми доповідей/рефератів для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти до практичного заняття:

- Анатомічна будова СОПР.
- Гістологічна будова слизової оболонки язика у дітей.
- Елементи ураження СОПР. Первинні та вторинні морфологічні елементи.
- Класифікація захворювань ,які мають прояви на язиці порожнини рота у дітей.
- Вміти визначити характер змін на губах.
- Лікарські засоби, які використовуються для симптоматичної терапії вказаних вище захворювань.
- Рецепти лікарських засобів, які використовуються в стоматології для обробки губ та язика.

Оволодіння навичками, рекомендації щодо виконання професійних алгоритмів практичних вмінь та навичок на платформі

### **Матеріали контролю для заключного етапу заняття:**

- Визначите поняття «хейліт».
- Визначить етіологічні чинники, механізми розвитку,
- опишіть клініку, диференційну діагностику і лікування травматичного хейліту.
- Також, ексфолювативного хейліту.
- Також, контактного алергічного хейліту.
- Також, метеорологічного хейліту.
- Також, гландулярного хейліту.
- Також, мікробного хейліту.
- Також, атипового хейліту.
- Також, екзематозного хейліту.
- Також, макрохейліту (синдрому Мелькерсона-Розенталя).
- Також, хронічної тріщини губи.
- Також, десквамативного глоситу.
- Також, чорного волосатого язика.
- Також, ромбоподібного глоситу.
- Також, борозенчастого язика.

#### **Завдання:**

- Вміти володіти технікою курації хворого із захворюванням губ та язика.
- Вміти провести диференційну діагностику захворювання губ та язика.
- Вміти складати план лікування захворювання губ та язика у дітей.

4. Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

## Список рекомендованої літератури

### *Основна:*

1. Терапевтична стоматологія дитячого віку: Підручник для студентів стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.2 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Майданник В.Г., Голубева І.М., Остапко О.І., Біденко Н.В., Кривonos Ю.М. / За ред. проф. Л.О. Хоменко. – К.: Книга-плюс, 2017. – 328 с.

2. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Карієс зубів та його ускладнення: Підручник для студентів ВМНЗ III - IV рівнів акредитації стоматологічних факультетів, інтернів і стоматологів. Т.1 (видання друге, стереотипне) / Хоменко Л.О., Чайковський Ю.Б., Смоляр Н.І., Савичук О.В., Остапко О.І., Біденко Н.В., Голубева І.М., Москаленко А.М., Шматко В.І., Любарец С.Ф., Кононович О.Ф. та ін. / За ред. проф. Хоменко Л.О. – К.: Книга-плюс, 2016. – 432 с.

3. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2017. – 401 с.

4. Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В.М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інші. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018. – 448 с.

5. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 1. Л.О. Хоменко, Ю.Б. Чайковський, Н.І. Смоляр [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2014. – 432 с.

6. Терапевтична стоматологія дитячого віку. Том 2. Л.О. Хоменко, В.Г. Майданник, О.І. Остапко [та ін.]; за ред. Л.О. Хоменко – К: «Книга-плюс», 2015. – 382 с.

7. Протоколи надання стоматологічної допомоги. (Дитяча стоматологія). Х.Авіста-ВЛТ, 2016. – 72 с.

8. Уніфіковані клінічні протоколи екстреної медичної допомоги. – Стоматинфо. Харків, Авіста-ВЛТ, 2019. – 144 с.

9. Медична допомога при медикаментозній алергії. Стоматинфо (спецвипуск). Харків-ВЛТ, 2019. – 36 с.



*Додаткова:*

1. Савичук Н.О. Діагностика та лікування найбільш поширених уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей // Журнал практичного лікаря. – 2005. – 5 – с. 27-91.

2. Oral mucosa diseases: Textbox / M. Yu. Antonenko, O.F. Nesyn, S.A. Shnyder [et al.]; by ed. A.V. Borysenko. – Odesa: Print house, 2015. – p. 219-238. ISBN 978-966-389-354-9

3. Терапевтична стоматологія / [Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.]; під ред. проф. А.В. Борисенко К.: Медицина, 2010. – 640 с.: іл., табл. – Бібліогр.: с. 391-412. ISBN 978-966-10-0080-2

*Електронні інформаційні ресурси:*

1. <https://moodle.odmu.edu.ua/course/view.php?id=2012>

2. [https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya\\_stomatologiya/book\\_2901/Terapevtichna\\_stomatologiya\\_dityachogo\\_viku-Homenko\\_LO\\_Ostapko\\_OI\\_Kononovich\\_OF-2001-djvu](https://kingmed.info/knigi/Stomatologiya/Detskaya_stomatologiya/book_2901/Terapevtichna_stomatologiya_dityachogo_viku-Homenko_LO_Ostapko_OI_Kononovich_OF-2001-djvu)

Навчальне видання

**ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА  
ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ  
ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ**

Методична розробка  
до практичних занять  
з навчальної дисципліни

*Укладачі:*

**Оксана Деньга, Анастасія Деньга, Олександра Скиба,  
Ірина Тарасенко, Микола Коновалов, Жанна Новікова,  
Людмила Цевух, Юрій Коваль, Владислав Гороховський,  
Катерина Шуміліна, Олена Юдіна, Аліна Осадча, Сергій Шпак**

Електронне видання

Формат 60x84/16. Ум.-друк. арк. 8,28. Тираж 1. Зам. 2766

Одеський національний медичний університет  
65082, Одеса, Валіховський пров., 2.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001.  
e-mail: office@onmedu.edu.ua  
тел: (048) 723-42-49 факс: (048) 723-22-15

