

Застосування місцевих антисептиків у лікуванні захворювань пародонту

Ротова порожнина – відкритий біотоп, який постійно контактує із зовнішнім середовищем. Це зумовлює розмаїття та неоднорідність мікрофлори ротової порожнини, яка за певних умов може індукувати виникнення захворювань слизової оболонки, зокрема запалення тканин пародонту. Всесвітня організація охорони здоров'я повідомляє, що близько 80% населення світу мають те чи інше захворювання пародонту запального, дистрофічного чи пухлинного генезу. Найпоширенішими нозологіями, на які припадає 94-95% усіх уражень пародонту, є гінгівіт і пародонтит.

Пародонт – це сукупність тканин (періодонт, кісткова тканина зубних комірок, ясна, цемент кореня зуба), які оточують зуб та утримують його в альвеолі, а також мають спільну іннервацію та кровопостачання. Усі структурні компоненти пародонту мають спільне походження (з ектодермальної та мезенхімальної тканини) та функції (опорну, амортизаційну, бар'єрну, трофічну, рефлекторну). Анатомо-фізіологічні особливості будови пародонту у дітей, незрілість місцевих імунних механізмів, вплив зовнішніх факторів (погане харчування, дефіцит мікроелементів, зниження мінералізації кісткової тканини, несприятлива екологічна ситуація тощо) є причинами високого ризику розвитку запалення тканин пародонту.

В Україні патологію пародонту найчастіше (92-100%) діагностують у дітей віком 12-15 років; у 80% обстежених дітей виявляють підвищену кровоточивість ясен, у 39% – зубний камінь, у 4% – формування патологічних кишень (А.Я. Видойник, 2014; Л.А. Хоменко, 2011). Схильність до виникнення захворювань пародонту у підлітків також зумовлена фізіологічними змінами у їхньому організмі у період статевого дозрівання.

Гінгівіт і пародонтит є взаємопов'язаними патологічними станами зі спільними етіопатогенетичними механізмами. Гінгівіт становить собою запалення ясен без порушення цілості зубоясенного з'єднання. При поширенні патологічного процесу на інші структури пародонту розвивається пародонтит, який характеризується поступовою деструкцією альвеолярних відростків.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду патологія пародонту представлена такими нозологіями:

K05. Гінгівіти і захворювання пародонту.

K05.0. Гострий гінгівіт.

K05.0. Гострі стрептококові гінгівостоматити.

K05.08. Інші специфічні гострі гінгівіти.

K05.09. Гострі неспецифічні гінгівіти.

Виятки: гострий некротизувальний виразковий гінгівіт (A69.1) та гінгівостоматит, викликаний вірусом простого герпесу (B00.2).

K05.1. Хронічний гінгівіт.

K05.10. Простий маргінальний гінгівіт.

K05.11. Гіперпластичний гінгівіт.

K05.12. Виразковий гінгівіт.

K05.13. Десквамативний гінгівіт.

K05.18. Інші специфічні хронічні гінгівіти.

K05.19. Хронічні неспецифічні гінгівіти.

K05.2. Гострий пародонтит.

K05.20. Пародонтальні абсцеси (без норицевого ходу, джерело – пульпа зуба).

K05.21. Пародонтальні абсцеси (з норицевим ходом, джерело – ясна).

Виятки: гострий апікальний періодонтит (K04.4), періапікальний абсцес (K04.7), періапікальний абсцес із порожниною (K04.6).

K05.3. Хронічний пародонтит.

K05.30. Простий пародонтит.

K05.31. Складний пародонтит.

K05.32. Хронічні перікоронарити.

K05.33. Гіпертрофія сосочка.

K05.38. Інші хронічні пародонтити.

K05.39. Хронічні неспецифічні пародонтити.

K05.4. Інші захворювання пародонту.

K05.6. Захворювання пародонту неуточнені.

Гінгівіти та пародонтити також розподіляють за поширеністю патологічного процесу на локалізований і генералізований, за ступенем тяжкості – на легкий, середньотяжкий і тяжкий (визначають за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного та комунального пародонтального індексу), за формою – катаральний, гіпертрофічний і виразковий. Для стоматологів актуальною є вікова класифікація пародонтиту: препубертатний пародонтит (до 11-12 років), пубертатний пародонтит (з 12 до 17 років), юнацький пародонтит (із 17 років до 21 року).

Усі фактори, які сприяють розвитку запалення тканин пародонту у дітей, умовно можна розділити на дві групи: загальні та місцеві. До загальних факторів належать зниження імунного захисту організму, гормональний дисбаланс (особливо в період статевого дозрівання дитини), наявність інших соматичних захворювань (цукрового діабету, патології центральної нервової системи, органів

шлунково-кишкового тракту тощо) та шкідливі звички. Місцеві фактори включають зміну (збільшення або зменшення) навантаження на тканини пародонту, незадовільний стан м'яких тканин присінка ротової порожнини, ретенційні фактори (порушення прикусу, ортодонтічні конструкції, пломби, які перекривають міжзубні проміжки, погано поліровані пломби тощо) та постійне травмування тканин (наприклад, у разі порушення техніки чищення зубів), гіпосалівація або підвищена в'язкість слини. Усі ці фактори порушують процес нормального самоочищення ротової порожнини слиною. Серед місцевих факторів, яким відводиться основна роль у розвитку запальних захворювань пародонту, особливу увагу варто приділити мікробіому ротової порожнини.

У нормі у ротовій порожнині налічується від 300 до 700 різних видів бактерій, їх кількість може сягати 750 млн в 1 мл слини. У зубному нальоті кількість мікроорганізмів є у 100 разів більшою і становить близько 200 млрд клітин на 1 г нальоту. Саме з діяльністю мікроорганізмів зубного нальоту пов'язують більшість випадків гінгівіту і пародонтиту.

Особливістю мікрофлори ротової порожнини є те, що вона постійно контактує із повітрям, це створює умови для життя як анаеробної, так і аеробної флори. У ротовій порожнині містяться аеробні та факультативні анаероби (*Streptococcus salivarius*, *Streptococcus mitis*, сапрофітні нейсерії та мікобактерії, лактобактерії, стафілококи, дифтероїди, пневмококи, тетракоки, дріжджоподібні гриби, мікоплазми); облігатні анаероби (вейлонели, анаеробні стрептококи, бактероїди, фузобактерії, ниткоподібні бактерії, актиноміцети, анаеробні дифтероїди, спірили та вібріони, спірохети – сапрофітні борелії, трепонеми і лептоспіри); найпростіші (*Entamoeba gingivalis*, *Trichomonas elongata*); транзитна (алохотна) мікрофлора (представники родів *Klebsiella*, *Escherichia*, *Aerobacter*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Alcaligenes*, а також *Bacillus* та *Clostridium*). Видовий пейзаж мікробіому у різних частинах ротової порожнини відрізняється. На поверхні зубів переважають аеробні мікроорганізми, під язиком та у міжзубних проміжках – анаеробні.

Для розвитку гінгівіту чи пародонтиту необхідна наявність двох комплексів причин: первинного комплексу – дентальної бляшки або зубного нальоту та вторинного комплексу – місцевих і загальних механізмів для реалізації патогенного потенціалу первинного комплексу. Зубний наліт є м'якими відкладеннями на поверхні зубів, які неможливо змити водою. Він є осередком надмірного росту мікроорганізмів, спектр яких відрізняється від нормальної мікрофлори ротової порожнини. У здоровому пародонті переважають грампозитивні аеробні мікроорганізми, частка грамнегативних бактерій не перевищує 10-15%. При пародонтиті частка грамнегативних бактерій різко збільшується, вони починають домінувати над грампозитивною флорою. Основними представниками зубного нальоту є грампозитивні (стрептококи, актиноміцети, мікрококи, лактобацили, коринебактерії, трепонеми, пептострептококи, еубактерії, пропіонові бактерії, мікоплазми) та грамнегативні мікроби (нейсерії, актинобацили, капноцитобаги, айкенели, лептоспірохети, гемоглобінофільні бактерії, гриби, вейлонели, порфіромонади, бактероїди, превотели, фузобактерії, лептотрихії, кампілобактерії, волітели, трихомонади; П.М. Скрипников і співавт., 2010). Багато вчених дотримуються думки, що дентальна бляшка має свій унікальний мікробний пейзаж, зокрема були виявлені нові мікроорганізми з групи бактероїдів: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides melaninogenicus* та ін.

Діяльність пародонтопатогенних мікроорганізмів призводить до деструктивних змін тканин пародонту. З одного боку, «мешканці» зубного нальоту продукують низку ферментів (колагеназу, гіалуронідазу, хондроїтинсульфатазу та різні види протеаз), які руйнують навколишні тканини, з іншого – пошкоджувальну дію також чинять продукти життєдіяльності мікроорганізмів (аміак, індол, сірководень). За відсутності адекватного очищення ротової порожнини (самоочищення слиною чи недотримання заходів гігієни) розвиваються запальні захворювання пародонту. Отже, запалення тканин пародонту є наслідком комплексного впливу різних факторів у відповідь на дію інфекційних

агентів. Запальні хвороби пародонту нині розглядають як опортуністичну інфекцію, яка залежить не тільки від наявності патогенних мікроорганізмів, а й від середовища, яке сприяє їх розмноженню.

Патологічний процес у пародонті супроводжується формуванням ясенних і пародонтальних кишень, які утруднюють адекватний догляд за ротовою порожниною. Найпершими на запалення реагують ясна – розвивається гінгівіт. У разі відсутності адекватного лікування запалення поширюється на інші тканини пародонту із формуванням пародонтиту, який є причиною випадання зубів.

Серед запальних захворювань пародонту у дитячому віці домінує хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ). Під час обстеження дітей віком 9-15 років ХКГ становив 90-96,3% усіх уражень пародонту (З.Б. Попович, 2010). Для ХКГ (у стадії загострення) характерні невиражені симптоми (слабкі болі та виражені виснажливі ознаки, підвищена кровоточивість ясен під час їди та чищення зубів, неприємний запах із рота). У більшості пацієнтів скарги відсутні, тому діагноз ХКГ зазвичай встановлюють під час профілактичного стоматологічного огляду. При огляді ротової порожнини виявляють зміну забарвлення ясен (ціанотичний відтінок), незначний набряк, зміну рельєфу та потовщення краю ясен, наліт на зубах.

Основними принципами лікування запальних захворювань пародонту у дітей є:

- комплексний міждисциплінарний підхід за участю фахівців різного профілю;
- індивідуалізований підбір лікування із врахуванням віку, форми, тяжкості та поширеності патологічного процесу;
- спрямування терапії на усунення етіологічних і патогенетичних факторів захворювання.

У разі гострого перебігу патології у лікувальні схеми включають симптоматичні препарати.

Оскільки для активації пародонтопатогенної мікрофлори повинен бути наявним вторинний комплекс (місцеві та загальні фактори), такі діти потребують повного обстеження для виключення супутньої соматичної патології.

Ураження тканин пародонту потребує проведення адекватної місцевої терапії, яка включає професійне чищення зубів для видалення зубного нальоту, антисептичну обробку ротової порожнини, застосування топічних нестероїдних протизапальних препаратів і протимікробних засобів. За наявності оклюзії, порушення прикусу застосовують ортодонтічне лікування, при аномаліях будови м'яких тканин проводять хірургічне втручання.

Важливу роль у забезпеченні адекватного лікування запалення тканин пародонту відводять місцевим антисептикам. Препарат має володіти оптимальним антисептичним ефектом, не містити додаткових компонентів із подразливою дією на слизову оболонку, бути зручним у застосуванні та мати приємні органолептичні властивості. Тому увагу дитячих лікарів привертає препарат Орасепт® (фармацевтична компанія Bayer), діюча речовина якого – низькоконцентрований (1,4%) водно-гліцеринний розчин фенолу. Лікарський засіб забезпечує виражену бактерицидну дію (за рахунок проникнення молекул фенолу всередину бактеріальної клітини та денатурації внутрішньоклітинних білків патогенного агента) та місцевий анестетичний ефект.

Важливою умовою успішного лікування є комплаєнтність. У цьому аспекті важливо, щоб препарат не лише виконував свою основну функцію, а й був зручним у застосуванні. Пластиковий флакон препарату Орасепт® із коротким розпилювачем є комфортним і безпечним для застосування навіть у маленьких дітей. До складу антисептика не входять цукор і спирт, тому застосування засобу не супроводжується подразненням слизової оболонки ротової порожнини. Водно-гліцеринова основа спрею Орасепт® чинить пом'якшувальну дію. Приємний вишневий аромат робить лікування більш приємним для дитини. Препарат Орасепт® можна застосовувати у дітей з 2 років.

Отже, захворювання пародонту у дітей – це актуальна проблема, яка потребує невідкладного реагування та проведення адекватного лікування. Оскільки початкові прояви запалення (катаральний гінгівіт) характеризуються відсутністю симптомів, а нехтування батьками профілактичними стоматологічними оглядами, відповідно, зумовлює відсутність лікування, то патологія може поширитися на інші структури ротової порожнини та призвести до випадання зубів. Тому вкрай важливо своєчасно виявити перші прояви захворювання та усунути їх. У комплексній терапії гінгівіту та пародонтиту особливу нішу займають місцеві антисептики (спрей Орасепт®), які допомагають знищити пародонтопатогенну флору та зберегти осяяну усмішку дитини.



ПОЛЕГШУЄ БІЛЬ У ГОРЛІ



ЧИНИТЬ БАКТЕРИЦИДНУ
ТА ПРОТИГРИБКОВУ ДІЮ



ПОМ'ЯКШУЄ СЛИЗОВУ
ОБОЛОНКУ



L12A.MKT.CH.09.2018.0310

ОРАСЕПТ®

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ

БОЛЮ В ГОРЛІ

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

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ
ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я