

ПІГМЕНТОВАНИЙ ЗУБНИЙ НАЛІТ У ДІТЕЙ. ЕТІОЛОГІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА

Поправка М., Царапін А.

Науковий керівник: доцент Кулай О.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Пігментований зубний наліт у дитячому віці зустрічається від 19% до 35,16% випадків. Цей вид зубних відкладень частіше виявляється у дітей, уражених карієсом (44,69), у порівнянні з дітьми з інтактними зубами (29,76). Хоча існують суперечливі думки з приводу впливу пігментованого нальоту на розвиток патології такої як карієс.

Метою роботи було вивчення літературних джерел щодо етіології, клініки та діагностики пігментованого зубного нальоту в дітей.

Пігментований наліт – це відкладення, які утворюється у вигляді плівки різної товщини структури і кольору. За класифікацією МКХ 11 перегляду пігментований наліт відноситься до розділу DA08.4 Відкладення на зубах. Виділяють пігментований наліт чорний, зелений, помаранчевий.

Останні літературні дані свідчать, що мікробіом у чорному пігментованому нальоті менш різноманітний у порівнянні з білим нальотом. Його складають п'ять найпоширеніших родів: *Campocytophaga*, *Leptotrichia*, *Fusobacterium*, *Corynebacterium* і *Streptococcus*. Дисбіоз чорного нальоту нагадує «орально здорові» спільноти. Мікрофлора, домінуюча в чорному нальоті має низький карієсогенний потенціал.

При дослідженні хімічного складу слини в дітей із чорним нальотом виявлено значно вищий уміст кальцію, неорганічних фосфатів, міді, натрію, загального білка і нижчий уміст глюкози, ніж у дітей без нальоту. Отже, хімічний склад слини в дітей та підлітків із чорним нальотом характерний для осіб із низькою сприйнятливістю до карієсу.

Ротова рідина дітей віком до 4 років містить багато невідновленого заліза, яке зв'язується у порожнині рота з сіркою білкових речовин продуктів харчування, зумовлює забарвлення білого нальоту в темний колір, а після 4 років кількість невідновленого заліза в ротовій рідині зменшується, про що свідчить зменшення поширеності пігментованого нальоту як у групі здорових дітей, так і в дітей, уражених карієсом зубів.

У дітей та підлітків зустрічається зелений наліт, що щільно з'єднується з емаллю зуба, майже не видаляється зубною щіткою і досить важко видаляється інструментально. Клінічно зелений наліт

виявляється у вигляді облямівки в приясенній частині зуба. Емаль у цій ділянці стає тьмяною, набуває сіруватого відтінку. Характерним для зеленого нальоту є ураження тільки губної та щічної поверхонь постійних і тимчасових зубів у вигляді кайми або окремих смуг у ділянці ясенного краю (в основному у дітей). Частіше зустрічаються відкладення на зубах верхньої щелепи та зрідка – на зубах нижньої щелепи.

Факторами ризику виникнення зеленого нальоту у дітей вважають дисбактеріоз кишківника, що може бути пов'язано з неправильною роботою шлунково-кишкового тракту малюка, прийомом антибактеріальних препаратів, хворобами печінки, відсутністю гігієни порожнини рота, руйнуванням пігментів крові, аскарідозом, гіпербілірубінемією, наявністю грибка *Lichen dentalis*. Існує думка, що причиною зеленого забарвлення нальоту є хлорофіл, що виділяють ці мікроорганізми.

В емалі таких зубів під мікроскопом виявляються чисельні тонкі отвори, густо заселені бактеріями. Неорганічний якісний і кількісний склад зеленого нальоту вивчався ще у 1955 р. Зелений наліт раніше називали зеленим каменем або прістлевою масою. Joseph Priestley в 1778 р. вважав причиною зафарбовування пелікули та/або зубної бляшки стає розвиток грибка *Lichen dentalis*, який продукує хлорофіл. Найбільш поширений цей наліт у дітей із недостатньою гігієною порожнини рота і може утворитися внаслідок руйнації пігментів крові після ясенної кровоточивості або від хромогенних бактерій. Зелений наліт зустрічається при дисбіозі кишечника. У дітей із аскарідозом наліт пришийкової ділянки інтенсивно зафарбований у зелений колір, і по мірі наближення до різального краю зуба інтенсивність зафарбування різко спадає.

Виникнення помаранчевого зубного нальоту пов'язують із впливом хромогенних бактерій, металів і доксицикліну. Жовто-золоті плями на поверхні зубів можуть утворюватися при використанні фториду олова (SnF_2). Вважають, що низький рівень рН SnF_2 викликає денатурацію білка пелікули під впливом сульфгідрильних груп, які потім утворюють сульфід олова, що дає відповідний відтінок.

Механізми адгезії хромогенів ще недостатньо зрозумілі, але типові таніни взаємодіють з глікопротеїнами пелікули зуба – придбанної органічної плівки, що приходить на зміну насмітовій оболонці щойно прорізаного зуба. У зв'язку з цим раніше пігментований наліт, що зустрічався на молочних зубах у дітей називали «нальотом гумених вод».

Ураховуючи, що пігментований зубний наліт погано

зафарбовується барвниками або не зафарбовується взагалі, це призводить до унеможливлення інтерпретації та спотворення результатів гігієнічних індексів. Тому В.І. Острячко, І.І. Якубова, Н.С. Ісаєва (2013 р.) запропонували гігієнічний індекс пігментованого нальоту, який дає змогу візуально оцінити та за формулою вирахувати інтенсивність нальоту, яка інтерпретується в балах, що відповідають низькому, середньому та високому ступеням.

Для ефективного виявлення і візуалізації пігментованого нальоту потрібні використання внутрішньоротових відеокамер, фотоапаратів із виведенням зображення на монітор комп'ютера.

Висновки. Знання причин і механізмів виникнення пігментованого зубного нальоту має важливе значення для стоматологічної практики, оскільки воно дає можливість діагностувати наліт під час огляду, пояснити пацієнту природу фарбування і обґрунтувати методи лікування.

ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНИЙ СТОМАТИТ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ КРОВІ (ЛЕЙКОЗ)

Приліпко С., Гаврилюк О.

Наукові керівники: професор Скрипнікова Т.П., асистент Тимошенко Ю.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Патологічні зміни на слизовій оболонці порожнини рота можливі при багатьох соматичних хворобах. Вони супроводжуються функціональними порушеннями у ротовій порожнині, знижують рівень життя хворого, тому своєчасне виявлення і вірне трактування змін лікарем-стоматологом сприяють ранньому розпізнаванню та своєчасному стоматологічному лікуванню.

Метою нашої роботи є поглиблення знань з питань етіології, патогенезу, клініки та диференційної діагностики проявів патології крові в порожнині рота.

Лейкоз – злоякісне захворювання органів кровотворення, яке виникає внаслідок прогресуючої клітинної гіперплазії в кровотворних органах, коли процеси проліферації превалюють над процесами диференціювання. У порожнині рота провідними клінічними синдромами є: геморагічний, гіперпластичний, виразково-екротичний, анемічний. Ці зміни можуть бути першими, які з'являються в порожнині рота, тому пацієнти звертаються за допомогою до лікаря-стоматолога.

На консультацію до кафедри післядипломної освіти лікарів-