

Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, І.М. Голубєва

Сучасний погляд на класифікацію, діагностику та клінічні прояви гінгівіту в дітей і підлітків

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Резюме. У статті представлено сучасну міжнародну класифікацію захворювань пародонта та обґрунтовано доцільність її використання у практиці дитячої стоматології. Підкреслено необхідність проведення ранньої діагностики стану тканин пародонта в кожній дитині шляхом визначення симптому кровоточивості ясен. Надано характеристику клінічних проявів у дітей різних форм гінгівіту, асоційованого із зубною біоплівкою.

Ключові слова: діти, гінгівіт, класифікація, рання діагностика.

Захворювання тканин пародонта є актуальною стоматологічною проблемою не тільки в Україні, а й у всьому світі. Надзвичайно важливими є питання уніфікації діагностичних критеріїв і класифікації захворювань пародонта з метою формування адекватних підходів до лікування як у дорослих, так і в дітей. Розповсюдженість та інтенсивність різних форм гінгівіту в дітей є високими, тому нерідко трапляються помилки при дослідженні та оцінці пародонтологічного статусу, що призводить до вибору некоректних методів лікування [2, 9].

Ураження тканин пародонта в дітей характеризуються різноманітними клінічними проявами, мають широкий спектр етіопатогенетичних чинників, ураховуючи спадкові та вроджені розлади. Тому на сьогодні реальною є проблема виокремлення пародонтології дитячого віку для вдосконалення профілактики, ранньої діагностики та ефективного лікування захворювань пародонта в дітей і підлітків з метою запобігання розвитку та прогресування деструктивних змін у дорослих [2, 3, 7, 9].

Сьогодні в Україні використовується класифікація хвороб пародонта, що була прийнята в 1983 році на XVI пленумі Всесоюзного наукового товариства стоматологів. Вона базується на патоморфологічному принципі виділення нозологічних форм захворювань пародонта. Однак такий підхід не враховує вікові особливості будови тканин пародонта й не скеровує лікаря на вибір етіотропного лікування [1].

Тому систематизація уражень тканин пародонта в дітей і підлітків потребує суттєвого вдосконалення. Вивчення стану цієї проблеми дозволило Європейській федерації пародонтологів та Американській академії пародонтології у 2017 році дати класифікацію захворювань пародонта, що ґрунтується на врахуванні провідного етіологічного чинника для встановлення діагнозу [1, 5, 6].

Запровадження в нашій країні міжнародно визнаної термінології та класифікації хвороб пародонта (2017) дозволить лікарям-стоматологам вірно розуміти причини їх виникнення й завдяки цьому проводити адекватні лікувально-профілактичні заходи.

Відповідно до цієї класифікації, захворювання тканин пародонта розділяються на чотири групи (табл. 1) [5].

- I. Здоровий періодонт, захворювання та стани ясен.
- II. Періодонтит.
- III. Періодонтальні прояви системних захворювань.
- IV. Перімплантатні захворювання та стани.

Здорові ясна в пацієнтів з інтактним періодонтом характеризуються:

- відсутністю втрати прикріплення;
- відсутністю рентгенологічних ознак втрати альвеолярної кістки;
- глибиною зондування, що не перевищує 3 мм;
- значенням індексу ВОР < 10 %.

Здоровий стан ясен можна відновити в результаті лікування гінгівіту й періодонтиту. Пацієнт, в анамнезі якого було успішне лікування гінгівіту або періодонтиту, повинен перебувати під наглядом лікаря-стоматолога для попередження рецидиву захворювання.

До першої групи належать також запальні захворювання слизової оболонки ясен, що переважають у дитячому й підлітковому віці. Класифікація хвороб і станів ясен (2017) представлена в таблиці 2 [6].

Гінгівіт – це зворотний процес, що характеризується запаленням ясен і відсутністю втрати зубоюсенного прикріплення. Провідною клінічною ознакою є

кровоточивість слизової оболонки ясен при зондуванні (ВОР ≥ 10 %). Ремісія запалення досягається шляхом видалення біоплівки [4, 8, 10].

Диференційна діагностика здорового стану ясен і гінгівіту, асоційованого із зубною біоплівкою, наведено в таблиці 3 [6].

Під час обстеження тканин пародонта в дітей, на відміну від дорослих, лікар-стоматолог повинен ураховувати особливості їх морфологічної будови в тимчасовий, змінний та постійний періоди прикусу. Це стосується будови як слизової оболонки ясен, так і періодонтальної зв'язки та альвеолярної кістки.

При огляді необхідно звертати увагу на зміну кольору, форми ясенних сосочків, конфігурацію ясенного краю, а також наявність локальних чинників ризику. До них належать зубна біоплівка внаслідок незадовільної індивідуальної гігієни ротової порожнини, каріозні порожнини, неякісні реставрації з навислими краями та невідновленими контактними

пунктами, анатомічні особливості м'яких тканин, зокрема вкорочені вуздечки губ, мілкий присінок ротової порожнини, аномалії положення зубів, зубних дуг і прикусу. Необхідно також ураховувати наявність системних чинників ризику, зокрема ендокринних порушень, захворювань органів травлення, системи крові, негативний вплив окремих лікарських засобів.

Під час пародонтального зондування слід оцінювати наявність та інтенсивність кровоточивості. Кровоточивість під час зондування свідчить про розвиток та активність запального процесу й найбільш точно відображає перехід від здорових ясен до гінгівіту. Пародонтальне зондування в дітей доцільно починати проводити з моменту повного прорізування першого постійного моляра. Із цією метою застосовують індекс ВОР, що визначає ступінь тяжкості гінгівіту. Зондування зубоясенної борозни проводять у 4-х точках біля всіх зубів. Реєструють наявність чи відсутність кровоточивості, результат визначають у відсотках (рис. 1).

Таблиця 1

КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРІОДОНТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І СТАНІВ (2018)

Здоровий періодонт, хвороби ясен та стани	Періодонтит	Інші стани, що ушкоджують періодонт
<ol style="list-style-type: none"> Клінічно здорові ясна та інтактний періодонт. Клінічно здорові ясна та редукований періодонт. <p>А – пацієнт зі стабілізованим періодонтом. Б – пацієнт без періодонтиту.</p>	<p>Некротичні захворювання періодонта</p> <ol style="list-style-type: none"> Некротичний гінгівіт. Некротичний періодонтит. Некротичний стоматит. 	<p>Системні хвороби та стани, що ушкоджують періодонтальні підтримуючі тканини.</p>
<p>Гінгівіт-індукований дентальною біоплівкою</p> <ol style="list-style-type: none"> Асоційований тільки із зубною біоплівкою. Модифікований системними та локальними факторами ризику. Медикаментозно індуковане розростання ясен. 	<p>Періодонтити як прояви системних захворювань</p> <p>Класифікація цих станів повинна базуватись на первинному системному захворюванні відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб і супутніх проблем зі здоров'ям (ICD) коди.</p>	<p>Періодонтальні абсцеси та ендоперіодонтальні ушкодження</p>
<p>Хвороби ясен, не пов'язані із зубною біоплівкою</p> <ol style="list-style-type: none"> Генетичні або порушення у процесі розвитку. Специфічні інфекції. Запальні та імунні стани. Реактивні процеси. Новоутворення. Ендокринні порушення, порушення харчування та хвороби метаболізму. Травматичні ушкодження. Пігментація ясен. 	<p>Періодонтити</p> <ol style="list-style-type: none"> Стадії: засновані на тяжкості та комплексності надання допомоги. <i>Стадія 1:</i> початковий періодонтит. <i>Стадія 2:</i> помірний періодонтит. <i>Стадія 3:</i> важкий періодонтит з тенденцією до втрати зубів. <i>Стадія 4:</i> важкий періодонтит із втратою зубів. Протяжність та поширеність: локалізований, генералізований, молярно-різцева локалізація. Клас: оцінка ризику швидкості прогресування та очікувана відповідь на лікування <i>Клас А:</i> повільний <i>Клас Б:</i> помірний рівень прогресування <i>Клас В:</i> швидкий рівень прогресування 	<p>Мукогінгівальні деформації та стани</p> <ol style="list-style-type: none"> Гінгівальний фенотип. Рецесія м'яких тканин ясен. Нестача ясна. Зменшена глибина присінку. Порушення положення вуздечки / слизової оболонки. Аномалія кольору. Стан оголеного орня.
		<p>Травматичні та оклюзійні сили</p> <ol style="list-style-type: none"> Первинна оклюзійна травма. Вторинна оклюзійна травма. Ортодонтичні сили.
		<p>Зубні та ортопедичні фактори</p> <ol style="list-style-type: none"> Локалізовані фактори, пов'язані із зубами. Локалізовані фактори пов'язані із протезами.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗДОРОВИХ ЯСЕН, ХВОРОБ ТА СТАНІВ ЯСЕН (Chapple et al., 2018)

Здоровий пародонт	Гінгівіт – асоційований із зубною біоплівкою	Хвороби ясен – не асоційовані із зубною біоплівкою
<ol style="list-style-type: none"> 1. Клінічно здоровий або інтактний пародонт. 2. Клінічно здорові ясна при редукованому пародонтиті. <ol style="list-style-type: none"> а) пацієнт зі стабілізованим пародонтом. б) пацієнт без пародонтиту. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Асоційований тільки із зубною біоплівкою. 2. Модифікований системними чи локальними факторами. <ol style="list-style-type: none"> а) системні ризик-фактори (модифікуючі): <ul style="list-style-type: none"> - куріння; - гіперглікемія; - фактори харчування; - фармакологічні агенти; - статеве дозрівання (пубертат, менстру. цикл, вагітність, оральні контрацептиви); - гематологічні стани; б) локальні ризик-фактори (сприяючі): <ul style="list-style-type: none"> - сприяють ретенції біоплівки (виступаючі краї пломби); - сухість рота; в) викликане ліками розростання ясен. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Генетичні або у процесі розвитку – спадковий фіброматоз ясен. 2. Специфічні інфекції: <ol style="list-style-type: none"> а) бактеріальні; б) вірусні; в) грибового походження. 3. Запальні та імунні стани: <ol style="list-style-type: none"> а) реакції гіперчутливості; б) аутоімунні хвороби шкіри та слизових; в) гранулематозні запальні ушкодження (орофациальний гранулематоз). 4. Реактивні процеси: <ul style="list-style-type: none"> - епуліс. 5. Неоплазма: <ol style="list-style-type: none"> а) передракові; б) ракові. 6. Ендокринні, метаболічні порушення та порушення харчування: <ol style="list-style-type: none"> а) нестача вітамінів. 7. Травматичні ушкодження <ol style="list-style-type: none"> а) фізичні (механічна травма); б) хімічні (токсичний опік); в) термічна травма. 8. Пігментація ясен. <ol style="list-style-type: none"> а) Меланоплакія. б) Меланоз курців. в) Пігментація викликана ліками (антималерійні, моноциклін). м) Амальгамне тату (ртутний гінгівіт).

Таблиця 3

Диференційно-діагностичні ознаки здорового стану ясен і гінгівіту, асоційованого із зубною біоплівкою (Chapple et al., 2018)

Інтактний пародонт	Здорові ясна	Гінгівіт
Утрата прикріплення	Немає	Немає
Глибина зондування (PD)	≤ 3 мм	≤ 3 мм
Кровоточивість при зондуванні	< 10 %	Є (> 10 %)
Рентгенологічні ознаки втрати альвеолярної кістки	Немає	Немає

Важливим клінічним методом діагностики та диференційної діагностики стану тканин пародонта є оцінка стану зубоясенного прикріплення. Для цього використовується показник глибини зондування – відстань від ясенного краю до дна ясенної або пародонтальної кишені. Глибина зондування в межах 2–3 мм оцінюється як фізіологічна, більша глибина свід-

чить про руйнування зубоясенного прикріплення й формування пародонтальної кишені. З метою отримання достовірних результатів пародонтального зондування його доцільно проводити в 4–6 точках біля кожного зуба. Втрата зубоясенного прикріплення визначається відстанню від емалево-цементної межі до дна пародонтальної кишені.

Британською асоціацією пародонтологів (2011) розроблено методику скринінгового обстеження стану тканин пародонта – Basic Periodontal Examination (BPE) у дітей віком від 7 до 18-ти років, що базується на визначенні індексу CPI (рис. 2). За допомогою цього індексу оцінюється кровоточивість ясен під час і після зондування, наявність зубного каменю та пародонтальної кишені:

- код 1 – кровоточивість після зондування;
- код 2 – наявність зубного каменю;
- код 3 – пародонтальна кишеня 3,5–5,5 мм;
- код 4 – пародонтальна кишеня 5,5 мм і більше

Застосування індексу BOP та методики BPE під час стоматологічного обстеження дозволяє об'єктивно оцінити стан тканин пародонта в дітей [9]. Для встановлення остаточного діагнозу поряд із клінічними даними та індексною оцінкою тканин пародонта необхідно враховувати рентгенологічні ознаки: розмір, форму й висоту міжзубної перегородки, стан кортикальної пластинки альвеоли, ширину періодонтальної щілини, структуру та ступінь мінералізації альвеолярного паростка, ступінь сформованості кореня.

Найбільш розповсюдженим захворюванням тканин пародонту в дитячому віці є гінгівіт, асоційований із зубною біоплівкою. Він є результатом впливу пародонтопатогенної мікрофлори зубної біоплівки, що накопичується на зубах. Якщо біоплівка не видаляється, то розпочинається запальний процес як результат втрати балансу між мікроорганізмами та імунною відповіддю організму людини [3, 8, 10]. Особливості гінгівіту, викликаного тільки біоплівкою, такі:

- запалення обмежується тільки слизовою оболонкою ясен, тобто не розповсюджуються на періодонтальне прикріплення – періодонтальну зв'язку та альвеолярну кістку;
- запалення має зворотний характер, усунення запалення й відновлення здоров'я ясен досягається ретельним видаленням біоплівки, включаючи міжзубні проміжки;

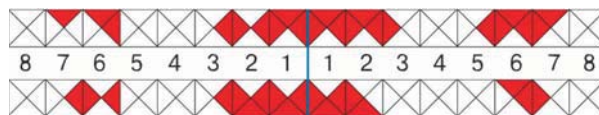


Рис. 1. Схематичне зображення визначення індексу кровоточивості при зондуванні (BOP, Amino, Bay, 1975) [2].



Рис. 2. Обстеження тканин пародонта за методикою BPE.



Рис. 3. Клінічні прояви гінгівіту, асоційованого тільки із зубною біоплівкою.



Рис. 4. Клінічні прояви «початкового гінгівіту».

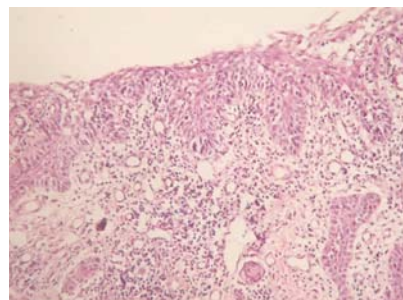


Рис. 5. Морфологічні ознаки пошкодження сулькулярного епітелію при «початковому гінгівіті»



Рис. 6. Клінічні прояви гінгівіту, модифікованого локальними чинниками ризику.



Рис. 7. Клінічні прояви гінгівіту, модифікованого системними чинниками ризику (пубертатний період).



Рис. 8. Прояви гінгівіту, модифікованого системними чинниками ризику: а – клінічні; б – рентгенологічні.



- для розвитку запалення необхідна значна кількість біоплівки;
- рівень ясенного прикріплення стабільний.

Гінгівіт, асоційований тільки із зубною біоплівкою, характеризується хронічним малосимптомним перебігом. Можливі скарги на кровоточивість ясен, особливо при чищенні зубів. Клінічними ознаками гінгівіту є набряк, про що свідчать зміна форми міжзубних сосочків і рельєфу ясенного краю, гіперемія та кровоточивість ясен при пародонтальному зондуванні (рис. 3).

Рекомендованим критерієм для визначення ступеня тяжкості гінгівіту є значення індексу кровоточивості ВОР:

- легкий ступінь < 10 %;
- середній ступінь – від 10 до 30 %;
- тяжкий ступінь > 30 %.

Розповсюдженість гінгівіту, викликаного тільки біоплівкою, розцінюється як:

- локалізований процес, якщо запалення діагностовано менш ніж біля 30 % зубів;
- генералізований процес за умови запалення ясен більш ніж біля 30 % зубів.

Початковими проявами патологічних змін ясен у дітей може бути так званий «початковий гінгівіт» легкого ступеня тяжкості, при якому тільки в обмежених ділянках ясен виявляється легка гіперемія та/або відстрочена точкова кровоточивість при зондуванні (рис. 4). Цей стан можна розцінювати як «здорові ясна», але при відсутності лікування він неминуче призведе до розвитку клінічно чітко окреслених ознак гінгівіту, оскільки під час морфологічного дослідження вже виявляються ділянки часткового пошкодження сулькулярного епітелію (рис. 5).

Для *гінгівіту, модифікованого локальними чи системними чинниками ризику*, характерним є невідповідність ступеня запалення ясен кількості зубної біоплівки. Локальні чинники, такі як навислі краї реставрацій, аномалія положення та скупченість зубів, ротове дихання, сприяють накопиченню зубної біоплівки та ускладнюють її якісне механічне видалення (рис. 6).

Прикладами системного модифікуючого впливу можуть бути: стероїдні статеві гормони (пубертатний період, вагітність, менструальний цикл, оральні контрацептиви), гіперглікемія, лейкемія, недостатнє харчування, куріння.

Системні фактори ризику модифікують імунну відповідь організму, у результаті чого може посилюватися запальна реакція ясен.

При *гінгівіті, модифікованому системними чи локальними чинниками ризику*, спостерігаються більш виражені ознаки гіперемії, набряку і зміни рельєфу ясенного краю: заокруглена форма ясенних сосочків, валикоподібне потовщення ясенного краю, більш високі значення індексу кровоточивості ВОР.

У разі ендокринних порушень у препубертатній і пубертатній періоди залежно від превалювання різних статевих гормонів (фолікуліну чи прогестерону) діагностують гіпертрофію або десквамацію слизової оболонки ясен. Розвиток продуктивного запалення зазвичай характеризується виразною кровоточивістю та гіперемією слизової оболонки ясен (рис. 7).

Для гінгівіту, модифікованого системними чи локальними чинниками ризику, характерним є розвиток остеопорозу губчастої речовини міжзубних перегородок, а також нечіткість контурів кортикальної пластинки альвеоли при збереженні її цілісності (рис. 8-а, б). За наявності зубоцелепних аномалій та аномалій прикріплення м'яких тканин такі рентгенологічні зміни в альвеолярній кістці спостерігаються частіше.

Гінгівіт, спричинений прийомом лікарських засобів, може розвинути як побічний ефект у пацієнтів, які приймають протисудомні препарати (фентоїн, валпроат натрію), імуносупресори (циклоспорин), а також гіпотензивні засоби – блокатори кальцієвих каналів (ніфедипін, верапаміл, амлодіпін, фелодіпін, дилтіазем). У патогенезі цієї форми гінгівіту бере участь пародонтопатогенна мікрофлора зубної біоплівки. Запальний процес може розвинути упродовж трьох місяців прийому вищезазначених лікарських засобів, розростання ясен спостерігається в половини хворих.

Висновки

Висока розповсюдженість гінгівіту в дітей потребує переглянути наші погляди на важливість своєчасної діагностики, профілактики й лікування цього захворювання. Ретельна оцінка пародонтологічного статусу повинна бути невід'ємною складовою стоматологічного обстеження кожної дитини, починаючи з моменту повного прорізування першого постійного моляра. Із цією метою доцільно визначати симптом кровоточивості як провідний критерій переходу від здорового стану ясен до гінгівіту. Рання діагностика є запорукою успішного лікування, насамперед шляхом усунення етіологічних чинників. Тому головним напрямом роботи мусить бути професійна гігієна порожнини рота для видалення біоплівки як основного етіологічного чинника хвороб пародонта. Важливим завданням є контроль індивідуальної гігієни ротової порожнини, усунення локальних і системних факторів ризику, що сприяють формуванню біоплівки.

Дитячі стоматологи знаходяться на першій лінії діагностики пародонтального статусу в дітей і підлітків. Саме вони приймають рішення про залучення інших спеціалістів до надання відповідної допомоги пацієнтам. Тому клініцисти повинні бути ознайомлені із сучасною класифікацією хвороб пародонта, насамперед гінгівіту, з метою її використання у щоденній практиці.

ПОСИЛАННЯ

- 1 Borysenko A.V. Aktualni problemy etiologii, patogenezu ta klasyfikatsii zakhvoriuvan parodonta // Naukovyi visnyk natsionalnoho medychnoho universytetu imeni O.O. Bohomoltsia. – 2004. – № 1–2. – S. 55–61.
- 2 Khomenko L.A., Holubeva Y.N., Ostapko E.Y. y dr. Detskaia terapevtycheskaia stomatolohiya. – K.: Knyha plius, 2019. – 308 s.
- 3 Khomenko, L.A., Ostapko E.Y., Holubieva Y.N. Perspectives et mise en oeuvre de l'innovation dans le domaine scientifique, 2019, V. 1. (Khomenko L.O., Kolenko Yu.H., Voronina I.Ie., Kananovych T.M. Suchasni dani pro rol bioplivky v etiologii ta patogenezi zakhvoriuvan tkanyn parodonta // Suchasna stomatolohiia. – 2022; 1–2. S. 38–40.).
- 4 Caton JG, Armitage G., Berglund T. et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from 1999 classification // J. Periodontol. – 2018; 89 (Suppl. 1). – P. 1–8.
- 5 Chapple I.L.C., Mealey B.L., Van Dyke T.E. et al. Periodontal health and gingival conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of work-group 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Condition // J. Periodontol. – 2018; 89 (Suppl. 1). P. 74–84.
- 6 Lang N.P., Barrold .PM. Periodontal health // J. Periodontol. – 2018; 89 (Suppl. 1). P. 9–16.
- 7 Murakami S., Mealey B.L., Marriori A., Chapple I.L.C. Dental plaque-induced gingival conditions // J. Periodontol. – 2018; 89 (Suppl. 1). P. 17–27.
- 8 Stenberg W.V. Periodontal problems in children and adolescents. In: Nowak A.J., Christensen J.R., Mabry T.R., eds. Pediatric Dentistry-Infancy through Adolescence, 6th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders; 2017.
- 9 Trombelli L., Farina R., Silva C.O., Tatakis D.N. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic consideration // J. Periodontol. – 2018; 89 (Suppl. 1). P. 46–73.

Современный взгляд на классификацию, диагностику и клинические проявления гингивита у детей и подростков

Л.А. Хоменко, Е.И. Остапко, И.Н. Голубева

Резюме. В статье представлена современная классификация болезней пародонта и обоснована целесообразность ее использования в практике детской стоматологии. Подчеркнута необходимость проведения ранней диагностики состояния тканей пародонта у каждого ребенка путем определения симптома кровоточивости десен. Охарактеризованы клинические проявления у детей различных форм гингивита, ассоциированного с зубной биопленкой.

Ключевые слова: дети, гингивит, классификация, ранняя диагностика.

Modern view of the classification, diagnostics and clinical manifestations of gingivitis in children and adolescents

L. Khomenko, O. Ostapko, I. Holubieva

Summary. In the article the modern international classification of periodontal diseases is presented. The expediency of its use in the practice of pediatric therapeutic dentistry is justified. Emphasized that every child needs early diagnostic of periodontal tissue status and bleeding during probing can be used for these purposes. The clinical manifestations of different forms of gingivitis associated with biofilm are presented.

Key words: children, gingivitis, classification, early diagnosis.

*Хоменко Лариса Олександрівна – д-р мед. наук, професор,
професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.
Тел.: (050) 681-99-24. E-mail: l.o.khomenko1@gmail.com.*

*Остапко Олена Іванівна – д-р мед. наук, професор,
професор кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна
Тел.: (050) 312-97-33. E-mail: ostlena11@gmail.com.*

*Голубева Інна Миколаївна – канд. мед. наук,
доцент, доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.
Тел.: (097) 455-66-55. E-mail: golubeva.iness@gmail.com.*