

Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Карагандинский Государственный Медицинский Университет
Кафедра стоматологии детского возраста с курсом хирургической
стоматологии

Лекция: Особенности клинического течения
заболеваний пародонта у детей.

Лектор: доцент Тулеутаева С.Т.

Особенности клинического течения гингивита у детей.

Гингивит – наиболее частое заболевание пародонта, встречающееся преимущественно у детей. Воспалительные проявления в десне оцениваются по следующим признакам: гиперемия, отечность, кровоточивость, изъязвление, гипертрофия, локализованный или генерализованный характер поражения, острое или хроническое течение. Тяжесть гингивита проявляется комплексом общих изменений организма, а также распространенностью воспалительного процесса в слизистой полости рта.

Для гингивита легкой степени характерно преимущественно поражение межзубных сосочков, процесс средней степени тяжести распространяется на свободную десну, гингивит тяжелой степени характеризуется воспалением всей десны, включая прикрепленную. При гингивите не нарушается целостность зубодесневого соединения, однако за счет отечности создается кажущееся углубление десневой борозды.



При гингивите воспалительный процесс локализуется только в мягких тканях пародонта и не сопровождается рентгенологически диагностируемыми деструктивными изменениями в костной ткани челюстей. По формам проявления гингивит делится на катаральный, язвенно-некротический, гипертрофический



Чаще всего у детей развивается катаральный гингивит. Он характеризуется гиперемией и отеком десневых сосочков и десневого края, истончением эпителия и его повышенной десквамацией. Пациенты жалуются на кровоточивость и болезненность десен при чистке зубов и во время еды.



При отсутствии лечения эта форма может перейти в язвенно-некротический гингивит, при котором указанная симптоматика усиливается: возникают участки изъязвления слизистой оболочки полости рта, покрытые серым некротическим налетом, появляется неприятный запах изо рта.



Для гипертрофического гингивита характерно значительное разрастание межзубных сосочков, протекающее с воспалительным компонентом или в виде фиброзного или гранулематозного поражения. Жалобы больных определяются типом пролиферативного процесса: при первых 2 формах они могут быть незначительными, для гранулематозной же формы характерно разрастание грануляций.



Гиперплазированные участки десны гиперемированы, легко кровоточат, нередко частично или полностью закрывают коронку зуба. При этом отмечаются сильная кровоточивость и резкие боли при еде, неприятный запах изо рта.



Атрофический гингивит развивается при хроническом воспалительном процессе в области отдельных зубов или на протяжении всего зубного ряда. Слизистая оболочка бледно-розовая, десневые сосочки сглажены или отсутствуют. Заболевание протекает бессимптомно или с незначительными жалобами на чувство зуда, слабые болевые ощущения в деснах.



Гингивит развивается под влиянием самых разнообразных внешних и внутренних факторов. Наиболее частая причина его — плохое гигиеническое состояние полости рта, скопление зубного налета, отложение зубного камня.

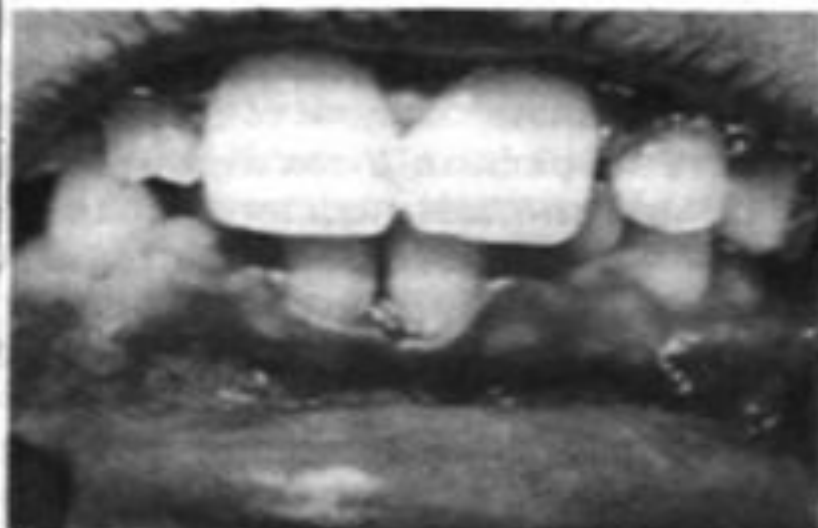
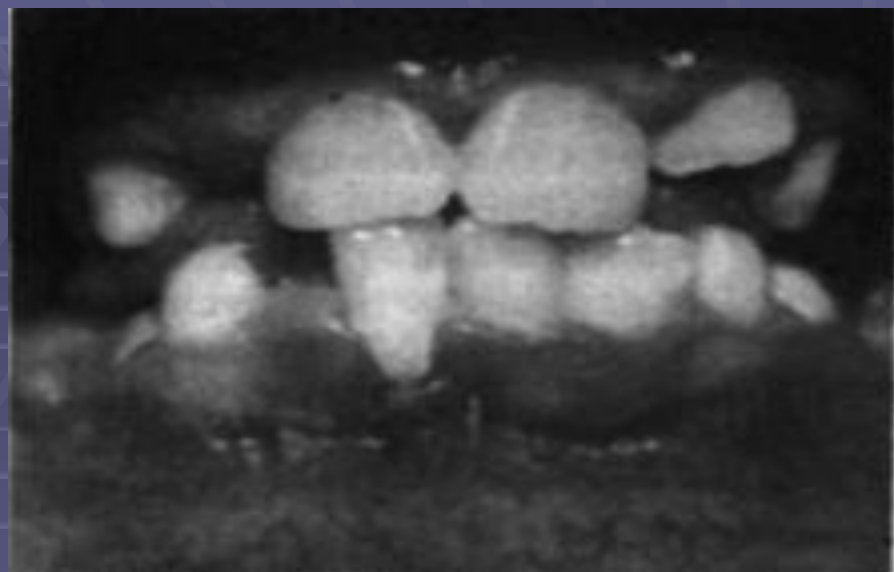


В большинстве случаев устранение травматических факторов, надлежащий уход за полостью рта, прекращение действия вредных химических агентов (в том числе приема некоторых лекарственных средств), отказ от курения, а также разрешение от беременности приводят к исчезновению гингивита.

Пародонтит – это воспалительно-диструктивное заболевание пародонта, которое протекает с образованием десневых и костных карманов, которое может привести к потере зубов.



Локализованный пародонтит. Клиническая картина локализованного пародонтита в детском возрасте в основном определяется клиникой той формы гингивита, которая является его симптомом, По данным Л. А. Гагура (1981), наиболее часто локализованный пародонтит развивается у детей с катаральным гингивитом (у 58,6% детей). Характеризуется ноющей болью, кровоточивостью и выраженным отёком дёсен. Ограниченный деструктивный воспалительный процесс в области одного или нескольких зубов (до 5 зубов). Обследование пародонтальным зондом со всех четырёх сторон поражённых зубов выявляет нарушение зубодесневого прикрепления и пародонтальные карманы различной глубины с гнойным отделяемым или с грануляциями. Появляется подвижность зубов различной степени.



128. Пародонтит при тесном положении зубов.



129. Пародонтит при недостатке альвеолярного базиса

◀ 130. Гингивит при открытом прикусе.



При обострениях процесса появляется резкая болезненность десны и альвеолярной части слизистой оболочки, болезненная перкуссия зуба, затруднения при приёме пищи и чистке зубов. В случае затруднении оттока гнойного содержимого через зубодесневой карман может формироваться пародонтальный абсцесс.



Генерализованный пародонтит. Для начальной стадии характерны кровоточивость, отёк десны, болевые ощущения в области дёсен, неприятный запах изо рта и неглубокие зубодесневые карманы, преимущественно в области межзубных пространств. В развившейся стадии пародонтита появляются множественные патологические зубодесневые карманы различной глубины — с серозно-гнойным содержимым при хроническом или обильным гнойным содержимым при обострившемся течении заболевания. Развивается подвижность зубов, в дальнейшем формируется травматическая окклюзия. Характерно обилие мягкого зубного налёта, над- и поддесневых зубных отложений.

Обнажение шеек и корней зубов может сопровождаться гиперестезией. Иногда возникают ретроградные пульпиты. Хроническое прогрессирующее течение может давать обострения, сопровождающиеся болями самопроизвольного характера. Абсцессы и свищи образуются одни за другими с интервалом в несколько дней. Параллельно возникают изменения общего состояния организма — подъём температуры тела, слабость, недомогание.

Параллельно возникают изменения общего состояния организма — подъём температуры тела, слабость, недомогание. Наблюдают увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. Состояние ремиссии характеризуется плотной десной бледно-розового цвета, возможно обнажение корней зубов. Зубных отложений и выделений из карманов нет.

- **Особенности клинического течения идиопатических заболеваний пародонта у детей.** Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта—редко встречающаяся и недостаточно хорошо изученная патология. Американская академия пародонтологии называет это заболевание «периодонтолиз» и определяет его как воспалительную, дегенеративную деструкцию пародонта, характеризующуюся миграцией и подвижностью зубов, с наличием или без вторичной пролиферации эпителия, с образованием патологического зубодесневого кармана или вторичными десневыми проявлениями. В преимущественном большинстве случаев эта патология сопутствует (с некоторыми оттенками клинических признаков) таким заболеваниям, как ладонно-подошвенный дискератоз (синдром Папийона—Лефевра); х-гистиоцитоз; постоянная и циклическая нейтропения; дисгамма-глобулинемия, сахарный диабет, фосфат-диабет, хроническая апластическая анемия, некоторые рахитоподобные заболевания и состояния.

Присутствие синдрома пародонтита (гингивит, атрофия альвеолярного отростка, патологический зубодесневой карман, подвижность зубов, изменение их положения) у преимущественного числа детей, страдающих указанной патологией, позволяет в ряде случаев рассматривать его как пародонтальный синдром при том или ином общем заболевании. Заболевания редки и в связи с этим мало изучены. Однако их тщательный учет и анализ могут помочь раскрыть механизм самых ранних стадий заболевания, последовательность реакций тканей пародонта, их связь и обусловленность. Их целесообразно выделять в самостоятельную группу и при диагностике обращать внимание на все нюансы развития болезни, общие и местные проявления.

В группу пародонтоз относятся эпулиды (фиброзные, ангиоматозные и гигантоклеточные), гипертрофия десен гормонального характера (по И. К. Ковалевой), наследственная гипертрофия десен, симметричная фиброма, а также фиброматоз десен.

Болезни пародонта у детей в период пубертатного возраста

В пубертатном возрасте у детей пародонт не является окончательно сформированным. Однако десна имеет зрелую структуру. В этот период, состоящий из двух фаз: предпубертатный (от 8—9 до 13—14 лет) и пубертатный (от 13—14 лет до полной зрелости в 18—20 лет), установлена наивысшая распространенность гингивита в связи с влиянием в этом возрасте на эпителий десны гормонов развивающейся половой системы. В предпубертатный период, особенно в 9—11 лет, наблюдается наиболее хаотическое выделение половых гормонов. Становление цикличности гормональной функции происходит постепенно и в индивидуальные сроки.

У девочек в период полового созревания происходит повышенная экскреция половых гормонов и низкая продукция прогестерона, что создает условия для стимуляции и преобладания пролиферативных процессов в эпителии эндометрия и других слизистых оболочек организма, в том числе десны. Под влиянием гормона желтого тела— прогестерона—развивается десквамация эпителия. половой системы. Развитие симптомов гипертрофического или десквамативного гингивита находится в зависимости от преобладания того или иного гормона.

Наиболее распространенной формой гингивита при аритмии и становлении гормонального статуса в пубертатный период является хронический гипертрофический гингивит, хотя в общей сложности он занимает у детей второе место по частоте распространения после катарального. Если гингивит протекает длительно, он может перейти в более тяжелую форму заболевания пародонта, при которой происходит деструкция эмалево-эпителиального прикрепления и костной ткани альвеолы. В этом случае «юношеский» гингивит, явившийся источником развития пародонтита, не проходит и после становления стабильного гормонального статуса по истечении пубертатного периода. Наряду с гипертрофическим гингивитом у детей в период пубертатного и предпубертатного возраста может развиваться и хронический эрозивный (десквамативный) гингивит, наблюдаемый довольно редко у детей.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!