

ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Черемных Анна Ивановна

студент, Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Русских Ирина Сергеевна

студент, Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

FEATURES OF INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES IN CHILDREN

Anna Cheremnykh

Student, Perm State Medical University named after acad. E.A. Vagner, Russia, Perm

Irina Russkikh

Student, Perm State Medical University named after acad. E.A. Vagner, Russia, Perm

Аннотация. Воспалительные заболевания пародонта характеризуются высоким ростом и широкой распространенностью среди детского и подросткового возраста. Патологические изменения маргинального пародонта наблюдаются у детей с зубочелюстными аномалиями более чем в два раза чаще, чем у детей без таковых. Поэтому просто необходимо своевременно выявлять и лечить заболевания ротовой полости.

Abstract. Inflammatory periodontal disease is characterized by high growth and widespread prevalence among children and adolescents. Pathological changes in the marginal periodontium are observed in children with dentoalveolar anomalies more than twice as often as in children without them. Therefore, it is simply necessary to timely identify and treat diseases of the oral cavity.

Ключевые слова: пародонт, дети, воспалительные заболевания, гингивит, пародонтит

Keywords: periodontal disease, children, inflammatory diseases, gingivitis, periodontitis

Пародонт - сочетание нескольких тканей, поддерживающих зуб, связанных в своем развитии топографически и функционально. Пародонт включает десну, цемент, пародонтальную связку (десмодонт или периодонт), альвеолярную кость. [1]

Десна у детей более васкуляризована, тонкая, яркая; имеет менее выраженную зернистость поверхности; менее плотная; характеризуется большей глубиной десневых бороздок; в период прорезывания зубов десневой край имеет округлые края с явлениями отека и гиперемии. [1]

В период временного прикуса эпителиальный покров тонкий, малодифференцированный, с незначительным углублением эпителиальных сосочков, без явления ороговения. Базальная мембрана тонкая, имеет нежное строение. У детей до трехлетнего возраста слизистая оболочка полости рта (в том числе и десны) содержит много гликогена. К периоду окончания формирования временного прикуса (в 2,5-3 года) гликоген в эпителии десны не обнаруживается в отличие от других отделов полости рта. Появление гликогена в десне у детей старше 3 лет свидетельствует о патологических изменениях десны воспалительного характера. На этом и основано диагностическое значение пробы Шиллера-Писарева для выявления гингивита. [2] В период постоянного прикуса десна у детей имеет зрелую дифференциальную структуру. Она выполняет две наиболее важные функции:

1. изолирует пародонт от внешней среды;
2. благодаря волокнистым структурам в ее составе, а также отсутствию подслизистого слоя участвует в фиксации зуба.

Цемент корня у детей более тонкий; менее плотный; имеет тенденцию к гиперплазии в участке прикрепления эпителия. Клеточный цемент обнаруживается в области верхушек корней временных зубов. Постепенно к моменту начала резорбции корней слой клеточного цемента становится более мощным (Васильев В.Г., 1973). В связи с резорбцией корней в период сменного прикуса увеличивается число клеток цемента и клеточный цемент временных больших коренных зубов в 10-11 лет покрывает $\frac{1}{2}$ длины корней. В период постоянного прикуса большая часть сформированных корней покрыта бесклеточным цементом, так называемым первичным, а апикальная треть корней покрыта вторичным клеточным цементом. [2,3] Периодонтальная связка у детей расширена; имеет тонкие, нежные волокна; отличается гидратацией за счет усиленного лимфо- и кровоснабжения. Более подробно строение периодонта было разобрано на занятии по периодонтиту.

Альвеолярная кость отличается более плоским гребнем; тонкой решетчатой пластинкой; увеличением пространств губчатого вещества, где расположен костный мозг; меньшей степенью минерализации; меньшим количеством трабекул губчатого вещества; усиленным и лимфо- и кровоснабжением. [3]

Период молочного прикуса. Рентгенологический рисунок формирующейся костной ткани беден, не выражен. Четко контрастируются лишь решетчатые пластинки фолликулов постоянных зубов. Костный рисунок крупноплестистый, мало дифференцирован. Основные балки, расположенные по силовым линиям, выражены очень плохо. Периодонтальные щели всех зубов у детей и подростков почти в 2 раза шире, чем у взрослых, а твердые (кортикальные) пластинки более широкие, но менее интенсивные.

Период сменного прикуса. У прорезывающихся зубов вершины межзубных перегородок как бы срезаны в сторону прорезывающегося зуба и располагаются на уровне эмалевоцементной границы прорезавшегося и прорезывающегося зубов (Н.М. Чупрынина, 1957). Создается впечатление, что имеется расширенная периодонтальная щель у шейки и коронки прорезывающегося зуба. Образование и минерализация вершин и твердых пластинок межзубных костей заканчивается после закрытия верхушечного отверстия корней по мере формирования зубов одноименных групп: в целом во фронтальных участках челюстей к 8-10 годам, в боковых к 14-15 годам.

Период постоянного прикуса. Форма и высота межзубных перегородок могут варьировать в зависимости от формы зубов и расстояния между ними. Обычно вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалево-цементной границы. Но она может быть и сниженной при наличии трем. С окончанием прорезывания зубов вершины межзубных перегородок принимают различные очертания – округлые и плоские, напоминающие вершину трапеции. Все эти различные формы межзубных костей (перегородок) выявлены у детей со здоровым интактным пародонтом и не являются признаком его патологии. Однако независимо от высоты и формы межзубных перегородок здоровая костная ткань пародонта характеризуется наличием плотной компактной пластинки.

Классификация заболеваний пародонта (г.Ереван, 1983)

1. Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием общих и местных факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления. Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный, атрофический. Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия. Распространенность: локализованный, генерализованный. Степень тяжести: легкая, средняя, тяжелая. [3,4]

2. Пародонтит - воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонтальной связки и кости. Течение - острое, хроническое, обострившееся, ремиссия. Тяжесть - легкая, средняя, тяжелая. Распространенность - локализованный, генерализованный.

3. Пародонтоз - дистрофическое поражение пародонта. Течение - хроническое, ремиссия. Тяжесть - легкая, средняя, тяжелая. Распространенность - генерализованный.

4. Идиопатические заболевания - заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей (синдром Папийона-Лефевра, X-гистиоцитоз, акаталазия, нейтропения, агаммаглобулинемия, болезнь Яценко-Кушинга и др.)

5. Пародонтомы (опухолеподобные заболевания).

Катаральный гингивит

Острый катаральный гингивит наблюдается в период прорезывания и смены зубов, встречается при острых инфекционных и общесоматических заболеваниях, острым герпетическом стоматите. Характерным являются признаки экссудативного воспаления. Жалобы: боль, жжение, припухлость и кровоточивость десны.

Объективно: отечность и яркая гиперемия десны. Десневые сосочки приобретают куполообразную форму. Изменяется рельеф десневого края. При зондировании болезненность и кровоточивость. Рентгенологические изменения в костной ткани альвеолярного отростка отсутствуют.

Хронический катаральный гингивит. [3] Жалобы: дискомфортные ощущения, чувство напряженности, кровоточивость десен во время чистки зубов или приеме жесткой пищи.

Объективно: отек и гиперемия десны с цианотичным оттенком, папиллярная часть десны не заполняет межзубные промежутки, при зондировании болезненна, кровоточит. маргинальный край десны валикообразно утолщен, не плотно прилегает к шейкам зубов, при зондировании кровоточит. Определяется большое количество мягкого зубного налета. Рентгенологически при длительном течении хронического катарального гингивита у детей могут наблюдаться: нечеткость контуров кортикальной пластинки при сохранении ее целостности, а также остеопороз губчатого вещества на вершинах межзубных перегородок. Эти изменения в костной ткани являются обратимыми и могут быть ликвидированы после устранения воспалительного процесса в десне в результате успешного лечения.

Десквамативный гингивит

Возникает чаще у девочек в препубертатном и пубертатном периодах. Жалобы: болезненность, жжение и значительная кровоточивость десны во время чистки зубов.

Объективно: отек и ярко выраженная гиперемия десневого края, а иногда и альвеолярной части десны. Болезненность, кровоточивость при зондировании. Слизистая оболочка десны приобретает «обнаженный» вид за счет постоянного повышенного слущивания поверхностных слоев эпителия

Гипертрофический гингивит.

Различают две клинические формы: фиброзную и отечную (гранулирующую).

Отечная форма.

Жалобы: разрастание, болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов или приеме жесткой пищи. Объективно: отечность, гиперемия и цианоз вестибулярной поверхности слизистой оболочки десны. Десневые сосочки увеличены в размерах, разрыхлены, имеют закругленную или неправильную форму. Легко кровоточат при зондировании. Формируются ложные карманы. Пришеечная часть зубов покрыта мягким налетом, а также могут наблюдаться отложения зубного камня. [4]

Фиброзная форма.

Жалобы: нет или на необычный вид десны. Объективно: десневые сосочки бледно-розового цвета, увеличены, уплотнены, безболезненные при пальпации, без признаков кровоточивости. При длительном течении гипертрофического гингивита и наличии предрасполагающих факторов, рентгенологически может определяться остеопороз вершин межальвеолярных перегородок без деструкции их кортикальной пластинки. [4,5]

Язвенно-некротический гингивит

В этиологии ведущая роль принадлежит фузоспириллярному симбиозу: фузобактериям – грамотрицательным анаэробным палочкам и спирохетам. Жалобы: выраженная боль и кровоточивость десен, усиливающиеся при приеме пищи, гнилостный запах изо рта, повышенное слюноотделение, повышение температуры тела. В продромальном периоде (1-2 сутки) отмечается повышение температуры тела до 37- 38°C, слабость, головная боль, потеря аппетита, нарушение сна. Объективно: изначально признаки острого катарального гингивита. В последствии на фоне отека и яркой гиперемии сосочков м маргинального края десны наблюдается грязносерый некротический налет. После его удаления обнажается резко болезненная, кровоточащая язвенная поверхность. Десневые сосочки уплощаются, маргинальный край выглядит неравномерно срезанным. Значительное количество мягкого зубного налета, увеличение регионарных лимфатических узлов. Средняя степень тяжести заболевания характеризуется диффузным распространение процесса вдоль десневого края, высоким подъемом температуры и явлений интоксикации. При прогрессировании процесса десневые сосочки могут полностью некротизироваться. При тяжелом течении процесса некроз может распространяться на альвеолярную часть десны и другие отделы слизистой оболочки полости рта. Рентгенологические изменения в тканях пародонта отсутствуют.[4,5]

Список литературы:

1. Короткова А.П. Диагностическое значение стоматологического статуса и электролитного состава ротовой жидкости при неспецифических хронических гастродуоденитах у детей//Стоматология детского возраста и профилактика. 2002. № 1-2. С. 40.
2. Кружалова О.А. Хронический гингивит у подростков в период полового созревания : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Кружалова ; М., 2000.- 21 с.
3. Лепехина О.А. Распространенность и особенности клинического течения гингивитов у школьников города воронежа в различные возрастные периоды: Автореф.....к.м.н.-Воронеж, 2011-24с.
4. «Harrison's Principles of Internal Medicine». Fourteenth Edition // Copyright (c) 1998 by The McGraw-Hill Companies, Inc., USA. 182-6.
5. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Пер с англ. (с) 1998 Мак-Гроу – Хилл Либри Италия. 1230 с.