

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Кафедра детской терапевтической стоматологии

Лекция для студентов 5-курса

Составитель: Махсумова Сайёра Санжаровна

Тема лекции:

«Разновидности и особенности течения гингивитов у детей»

Лекция №2

Ташкент 2014

ЦЕЛЬ ЛЕКЦИИ:

- ✓ Дать понятие о болезнях пародонта у детей, обусловленные местными причинами (низкий уровень гигиены полости рта, кариес контактных поверхности зубов, зубочелюстные деформации) экзогенные (авитаминозы, интоксикации) или эндогенными факторами (заболевание органов).
- ✓ Обсудить классификацию болезни пародонта у детей, клинический формы гингивитов, клинические и рентгенологический признаки болезни пародонта у детей.
- ✓ Научить дифференциальной диагностике пародонтоза и хронического гингивита, как самостоятельное заболевание.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

1. Воспаление является ведущим признаком при всех формах заболевания пародонта
2. Пародонтолиз и неопластические процессы возникают редко, а пародонтоз у детей не выявлен.
3. Отложение на десневого зубного кманя наблюдается у детей старшего возраста и значительно реже чем у взрослых
4. С возрастом распространенность заболевание пародонта нарастает

Особенности течения болезней пародонта в подростковом возрасте

- В пубертатном возрасте у детей пародонт не является окончательно сформированным. Однако десна имеет

зрелую структуру. В этот период установлена наивысшая распространённость гингивита в связи с влиянием в этом возрасте гормонов развивающейся половой системы на эпителий десны.

Пубертатный период у детей состоит из 2 фаз:

- **1. Предпубертатная фаза** (от 8-9 до 13-14 лет)
- **2. Пубертатная фаза** (от 13-14 до полной зрелости в 18-20 лет)
- У девочек в период полового созревания происходит повышенная экскреция половых гормонов и низкая продукция прогестерона. Это создаёт условия для стимуляции и преобладания пролиферативных процессов в эпителии слизистых оболочек десны, эндометрия и др.
- Под влиянием гормона желтого тела – прогестерона – развивается десквамация эпителия.
- В зависимости от преобладания того или иного гормона развивается гипертрофический или десквамативный гингивит.

Аритмии становления гормональной деятельности у девушек наблюдаются в 11-12 лет, у мальчиков в 12-14 лет.

Причины юношеских аритмий:

- 1. Развивается корковый слой мозга
- 2. Усиливаются ассоциативные связи
- 3. В 12-18 лет гипоталамус и гипофиз достигают своего максимального развития
- 4. Усиливается кровоснабжения гипоталамо-гипофизарной системы, это в свою очередь усиливает гормональную деятельность

- 5. К 14 годам усиливается секреция СТГ, и выработка ТТГ, это в свою очередь усиливает выработку тироксина
- 6. СТГ, ТТГ, ГТГ, АКТГ; ЛГ,-ФСГ (у девушек), андрогены (у юношей)
- 7. Усиливается деятельность надпочечников (глюкокортикоиды)
- 8. В гипоталамус репродуктивные центры тонические (у юношей) и циклические (у девушек). Начало созревания у девушек в 8-9 лет, в 16-17 лет усиливается. У юношей в 18-19 лет.

Хронический гипертрофический гингивит подростков

- Гипертрофический гингивит- хронический пролиферативный процесс, сопровождающийся разрастанием волокнистых элементов соединительнотканной основы десны и пролиферацией базального слоя эпителия.

Причины возникновения юношеского гингивита

- **В юношеский период** происходят заметные изменения деятельности различных эндокринных желез. Усиление функции половых желез в период полового созревания оказывает значительное влияние на деятельность других желез внутренней секреции и может нарушить гормональное равновесие, которое имелось у ребенка в период детства. Полноценная деятельность эндокринной системы обеспечивает нормальное течение обменных процессов в организме. Нарушение продукции гормонов вызывает расстройство обменных процессов и функции тканей и органов. Это отражается и на слизистой оболочке полости рта, независимо от избыточной или недостаточной функции эндокринных желез.

- **Согласно исследованиям**, у 40% детей в подростковом периоде наблюдается гингивит, при этом у 7% - гипертрофический. Развивающиеся у подростков поражения десен с характерной локализацией в области фронтальных зубов называются *ювенильным гингивитом*.

Различают две клинические формы гипертрофического гингивита: фиброзную и гранулирующую(отёчную). Последняя в подростковом возрасте диагностируется наиболее часто.

- **Выделяют гингивит 3-х степеней**: легкой, средней тяжести и тяжелый. Степень тяжести определяется выраженностью гипертрофии десны:
 - легкая степень - условно десна покрывает 1/3 коронки зуба;
 - средней степень тяжести - до 1/2;
 - тяжелая степень тяжести - более 2/3 коронки зуба.

Клиника.

- При отёчной форме дети жалуются на разрастание, болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов или употреблении жесткой пищи.
- Объективно определяется отёчность, гиперемия, и цианоз слизистой оболочки десны. Десневые сосочки увеличены в размерах, разрыхлены, имеют закругленную или неправильную форму, легко кровоточат даже при незначительном раздражении. Интенсивность кровоточивости зависит от степени участия экссудативного компонента в развитии воспалительного процесса.
- Отмечается также неравномерная фестончатость маргинального края.
- Хронический гипертрофический гингивит, отечная форма (2-3 степени

гипертрофии.

- В результате гиперплазии и отека слизистой оболочки десны формируются ложные карманы. Их глубина зависит от выраженности пролиферативных изменений в десне. Целостность зубодесневого прикрепления не нарушена.
- Пришеечная часть зубов, особенно в пораженном участке, покрыта мягким налетом, так как качественный уход за полостью рта затруднен вследствие болезненности и кровоточивости десен.
- Помимо неминерализованного

налета у таких пациентов могут наблюдаться отложения над- и поддесневого зубного камня

ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ.

(Отечная форма средней степени тяжести)

Это хронический воспалительный процесс десны, сопровождающихся пролиферативными явлениями.

Хронический гипертрофический гингивит у детей обычно является генерализованным процессом хотя на первый взгляд кажется, что в процесс вовлечен пародонт на органиченном участке.

Дифференциальную диагностику хронического гипертрофического гингивита следует проводить с:

- хроническим катаральным гингивитом,
- фиброматозом десен
- лейкоэмическими инфильтратами в слизистой оболочке десны при заболеваниях крови.

Схема лечения гранулирующей формы гипертрофического гингивита у детей

1. Профессиональная гигиена полости рта.
2. Антибактериальная терапия (антисептики, препараты группы нитроимидазола).
3. Противовоспалительная терапия (средства растительного происхождения, НПВП).
4. Склерозирующая терапия (биогенные препараты, растительные и другие средства, в зависимости от степени гипертрофии).
5. Физиотерапия.
6. Обучение методам индивидуального ухода за полостью рта, гигиенический контроль за их выполнением и рекомендации по выбору гигиенических средств.
7. Устранение местных предрасполагающих факторов.
8. Поддерживающая терапия каждые 3–6 мес (при генерализованном характере гипертрофического гингивита).
9. Консультация и лечение у детского гинеколога, психоневролога, эндокринолога и других специалистов.

Литература

Основная:

1. И.Х.Халилов, Йўлдошхонова А.С., и др. «Болалар терапевтик стоматологияси ва стоматологик касалликлар профилактикаси» 2011 й
2. И.Х.Халилов и др. «Болалар терапевтик стоматологияси» 2006
3. С.Н. Махсудов «Болалар терапевтик стоматологияси» 2008 й
4. А. А. Колесов. – «Стоматология детского возраста». – Москва, 1991 г.

Дополнительная:

1. Т. Ф. Виноградова. – «Стоматология детского возраста». – Москва, 1987
2. Т. Ф. Виноградова, О. П. Максимова, Э. М. Мельниченко. – «Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей». – Москва, 1983 г.
3. Э. М. Кузьмина и соавт. – «Профилактика стоматологических заболеваний». – Москва, 1997 г.
4. Н. Г. Пахомов. – «Первичная профилактика в стоматологии». – Москва, 1982 г.
5. Н. В. Курякина. – «Терапевтическая стоматология детского возраста». – Н. Новгород, 2001 г.
6. В.Г.Сунцов, В.К.Леонтьев, В.А.Дистель, В.Д.Вагнер. «Стоматологическая профилактика у детей.»- Н.Новгород, 2001
7. Николаев А.И., Практическая терапевтическая стоматология - 2004 г

8. Скорикова Л.А., Пропедевтика стоматологических заболеваний - 2002 г
9. Луцкая И.К., Руководство по стоматологии (практическое пособие) - 2002 г
10. Сонис С.Т., Секреты стоматологии - 2002 г
11. Боровский Е.В., Терапевтическая стоматология - 2002 г
12. Е. В. Боровский. – «Терапевтическая стоматология». – Москва, 1997 г.
13. Е. В. Боровский, П. А. Леус. – «Кариес зубов». – 1979 г.
14. М. И. Грошиков. – «Профилактика и лечение кариеса зубов». – 1980 г.
15. Под ред. К. Георгиевой. – «Неотложная помощь в стоматологии». – Москва, «Медицина», 1983 г.
16. Т. Ф. Виноградова. – «Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей». – Москва, «Медицина», 1982 г.
17. Т. Ф. Виноградова. – «Диспансеризация детей у стоматолога». – Москва, «Медицина», 1988 г.