

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Кафедра детской терапевтической стоматологии

Лекция для студентов 5-курса

Составитель: Махсумова Сайёра Санжаровна

Тема лекции:

**«Особенности течения пародонтитов в пубертатном периоде в детском
возрасте»**

Лекция №3

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.

ПАРОДОНТИТ

- Сегодня пародонтит часто можно встретить и в молодом возрасте, у 9-10% школьников, а при отягощении состояния общей патологией — у 35-40% из них.
- **Особенности (отличия) развития и течения пародонтита у детей:**
- Заболевание возникает незаметно, вначале протекает бессимптомно, в основном в виде начальной и редко первой степени, что значительно затрудняет своевременную диагностику.
- Развиваясь на почве эндокринных нарушений, заболеваний печени, желудочно-кишечного тракта и др., *пародонтит является активным токсическим очагом*, отрицательно влияющим на нормальный рост и формирование детского организма.
- **Таким образом:**
- пародонтит может протекать в виде самостоятельного генерализованного заболевания «неясной» этиологии,
- а также развиваться как следствие не леченного вообще или не радикально устраненного гингивита.
- **ПАРОДОНТИТЫ.**
- Для пародонтита характерны повреждения всех тканей пародонта: десны, периодонта, альвеолярной кости и зуба. В основе морфогенеза заболевания лежат процессы экссудативно-альтеративного воспаления

с ярко-выраженными и нарастающими явлениями деструкции альвеолярной кости, цемента зуба и периодонта

Степени тяжести пародонтитов

- Легкая степень пародонтита – глубина десневого кармана до 3,5 мм, преимущественно в области межзубного промежутка.
- Пародонтит средней степени тяжести характеризуется: глубиной пародонтального кармана до 5 мм; резорбцией костной ткани по рентгенограмме от 1/3 до 1/2 межзубной перегородки; подвижностью зубов I-II степени, возможным их смещением.
- Тяжелая степень пародонтита – глубина пародонтального кармана более 5-6 мм, деструкция костной ткани альвеолярного отростка более 1/2 или полное отсутствие костной ткани; подвижность зубов II-III степени, они смещены, выражена травматическая артикуляция.
- **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ РАЗВИВШЕЙСЯ ФОРМЫ.**
- Основными симптомо-комплексами присущими генерализованному пародонтиту являются:
 - симптоматический гингивит;
 - пародонтальный карман;
 - прогрессирующая резорбция альвеолярной кости,
 - образование травматической окклюзии.

Пародонтолиз

Заболевание первично-дистрофического характера развивающееся с первичным и преимущественным разрушением периодонта - ткани, связывающей цемент корня с лункой зуба. Это редкое заболевание имеет хроническое течение, начинается с рождения. Обостряется 2-3 года и в 9-11 лет достигая терминального состояния к 14 годам. У всех детей с рождения отмечается пониженная сопротивляемость к инфекциям, фурункуллёзы, гнойничковые заболевания кожи неспецифической пневмонии. Генерализованная форма наблюдается в молочном и постоянном прикусе

ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА.

Пародонтальный синдром **при сахарном диабете** у детей отличается характерным набухшим ярко окрашенным, с цианотичным оттенком, десквамированным десневым краем, легко кровоточащим при прикосновении, пародонтальными карманами с обилием гнойно-

кровянистого содержимого и сочных грануляций на подобии ягод малины выбухающими за пределы кармана.

Сахарный диабет у детей

- У детей, больных диабетом, рано появляются катаральный гингивит, который быстро переходит в пародонтит (характерный цианотичный цвет, пастозность и рыхлость десны, обильные, выбухающие из карманов грануляции). Экссудат может быть гнойным и геморрагическим. Постепенно развивается подвижность зубов. Глубина морфологических изменений в кости обычно соответствует тяжести гингивита

Пародонтолизис при нейтропении

В настоящее время известны 2 формы наследственной нейтропении: постоянная и циклическая (периодическая). При постоянной форме число лейкоцитов нормальное или слегка снижено, отмечается резкое уменьшение нейтрофилов вплоть до полного их отсутствия; при циклической форме происходит периодическое исчезновение нейтрофилов из крови.

Пародонтолизис при нейтропении.

- Клинически нейтропения характеризуется появлением уже в первые недели и месяцы жизни ребенка гнойничковых поражений кожи и слизистых оболочек. Нередко развиваются нагноительные процессы в легких. При такой картине, обусловленной снижением неспецифического иммунитета, наличие признаков пародонтита может оказаться достаточно демонстративным диагностическим критерием. Для обеих форм нейтропении характерен пародонтолизис, рано приводящий к полной потере зубов.

Пародонтальный синдром при гистиоцитозе Х

- Х-гистиоцитоз чаще встречается у лиц мужского пола, у 40 % больных в возрасте до 10 лет. По характеру течения и степени вовлечения в патологический процесс костной и лимфоидной ткани и по особенностям висцеральных поражений выделяют 4 основные нозологические формы объединяет различные проявления гистиоцитозов:
- эозинофильную гранулему (болезнь Таратынова),
- болезнь Хенда-Крисчена-Шюллера.

- Болезнь Леттерер-Зиве

Пародонтальный синдром при гистиоцитозе Х

- Выделены четыре основные клинические формы заболевания:
- 1) поражение одной из костей скелета;
- 2) генерализованное поражение костной системы;
- 3) генерализованное поражение костной и лимфатической систем;
- 4) генерализованное поражение костной и лимфатической систем, поражение внутренних органов.

Эозинофильная гранулема

- Локализованный ретикулогистиоцитоз, сопровождающийся деструктивными изменениями в одной из костей скелета. Патологический процесс развивается хронически, прогноз благоприятный.
- В полости рта (чаще в области премоляров и моляров) появляются отечность и цианоз десневых сосочков, которые вскоре гипертрофируются, зубы расшатываются, изменяют положение.
- Быстро развиваются абсцедирование, отек мягких тканей, иногда изъязвления, как при язвенном стоматите.
- Появляются глубокие костные пародонтальные карманы, из которых выделяется гной, неприятный запах изо рта.
- На рентгенограммах в альвеолярном отростке выявляется вертикальный характер деструкции костной ткани с наличием овальных или круглых кистозных дефектов с четкими контурами.
- Удаление зубов не купирует патологического процесса. Кроме челюстей, могут поражаться и другие кости, например черепа, при этом появляются упорные головные боли.

Диффузный (или острый) гистиоцитоз — синдром Леттерер—Зиве

- Сопровождается генерализованным поражением костной и лимфатической систем, а также висцеральных органов. В полости рта — явления генерализованного пародонтита с прогрессирующим остеоллизом костной ткани. Рентгенологически определяются остеопороз, диффузное рассасывание межальвеолярных перегородок и очаговое рассасывание тела челюсти. При гистологическом исследовании костей, кожи, вилочковой железы обнаруживаются скопления ретикулярных клеток.

■ Синдром Папийона-Лефевра

- Врожденное заболевание которое также относят к кератодермии. Изменения в пародонте характеризуются резко выраженным прогрессирующим деструктивно-дистрофическим процессом. Они сочетаются с выраженным гиперкератозом, образованием трещин на ладонях, стопах и предплечьях.

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.