

Ташкентский государственный
стоматологический институт
Кафедра госпитальной детской
терапевтической стоматологии

Пародонтоз у детей

Выполнил Исмаилов Санжар
Студент группы 503 С

Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Своеобразная хронически протекающая сосудисто-нервная дистрофия тканей пародонта.

чаще всего развивается на фоне других проблем со здоровьем, таких как:

- заболевания сердца и сосудов
- нарушения в работе эндокринной системы
- ослабленный иммунитет
- аллергия на медицинские препараты и другие вещества
- сахарный диабет
- расстройства пищеварения и болезни желудочно-кишечного тракта
- наследственность: если у одного или, тем более, обоих родителей диагностирован пародонтоз, необходимо особенно внимательно следить за состоянием полости рта у ребенка.

Клиника пародонтоза

- ◆ Атрофический и резорбтивный процесс растянут на годы. Деструктивный процесс не склонен к быстрому прогрессированию.
- ◆ Начало незаметное, развивается и прогрессирует медленно, длится годами.
- ◆ На ранних стадиях заболевания больные за стоматологической помощью практически не обращаются.
- ◆ Жалобы (в начале заболевания) – на оголение шеек и корней зубов, повышение чувствительности оголенных участков зубов к химическим и термическим раздражителям.
- ◆ Жалобы (в развившейся стадии) – на появление диастем и трем, смещение зубов, травматическую окклюзию, веерообразное расположение зубов верхней челюсти.

Для пародонтоза характерны следующие клинические признаки:

- 1. Отсутствие воспаления десны; десна напротив, нередко бледно окрашена, плотная, плотно прилегает к поверхности корня зуба. Кровоточивость отсутствует.

Атрофический гингивит (анемичность десны, атрофия вершин десневых сосочков и края десны).

С помощью пародонтальных проб и индексов не регистрируется наличие признаков воспаления.

- 2. Десневых и пародонтальных карманов нет, т.к. не отмечается прорастания эпителия в глубь десны.



Для пародонтоза характерны следующие клинические признаки:

- ◆ 3. Не отмечается значительного разрушения волокон периодонта.
- ◆ 4. Наблюдается обнажение шеек, а затем корней зубов вследствие ретракции десны.
- ◆ 5. Циркулярная связка зуба не разрушается. При атрофии поверхностных ее волокон глубже расположенные волокна периодонта начинают выполнять ее функцию



- ❖ 6. Резорбция альвеолярной кости развивается медленно, годами, без образования костных карманов. Прогрессирующая резорбция кости примерно одинаково выражена на всем протяжении (горизонтальная резорбция).
- ❖ 7. Не характерно наличие микробного налета.
- ❖ 8. Часто сочетается с патологией некариозного происхождения – эрозия эмали, клиновидный дефект, гиперестезия и др.



◇ 9. Патологическая подвижность зубов длительное время не развивается. Зубы устойчивы даже при III степени убыли костной ткани межзубных перегородок.

Потеря зубов имеет место у больных с полным разрушением костного ложа и в случаях, когда дистрофический процесс осложняется воспалением.

◇ 10. Умеренно выраженная травматическая окклюзия.



- ◆ 11. На рентгенограммах нет признаков воспалительной резорбции костной ткани вершин межзубных перегородок, контуры которых четкие. Имеется снижение высоты перегородок без очагов остеопороза, с сохранением плотности костной ткани перегородок, без расширения периодонтальной щели в пришеечной области. Кортикальная пластинка сохраняется. В глубоких отделах альвеолярного отростка и тела челюсти можно выявить признаки склеротической перестройки костной ткани и чередование очагов остеопороза и остеосклероза. Возможны изменения в других частях скелета.

- ◆ 12. Выявляются заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринные заболевания и другие.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАРОДОНТОЗА И ГИНГИВИТА:

- ◇ 1. Гингивитом поражаются преимущественно дети и лица молодого возраста (до 26-30 лет), в то время как пародонтозом страдают люди старше 40 лет.
- ◇ 2. Для гингивита характерно наличие тех или иных морфологических признаков воспаления: экссудация при катаральном гингивите, альтерация при язвенном, полиферация — при гипертрофическом. Пародонтоз протекает без признаков воспаления.
- ◇ 3. При гингивите преимущественно неминерализированные зубные отложения (мягкий налет, пищевые остатки), в то время как при пародонтозе наддесневой камень очень плотный.
- ◇ 4. При гингивите на рентгенограмме изменений костной ткани нет, при пародонтозе идет горизонтальная резорбция.
- ◇ 5. Как при гингивите, так и при пародонтозе отсутствует клинический карман.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ПАРОДОНТИТА И ПАРОДОНТОЗА:

- ◆ 1. Для пародонтита характерна кровоточивость десен, чего не наблюдается при пародонтозе.
- ◆ 2. Клинический карман характерен только для пародонтита.
- ◆ 3. При пародонтита определяется расшатанность зубов (легкая степень), при пародонтозе незначительная подвижность появляется только при тяжелой степени.
- ◆ 4. При пародонтите определяется воспаление десны с преобладанием серозного, некротического или полиморфного процесса, что не характерно для пародонтоза.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ПАРОДОНТИТА И ПАРОДОНТОЗА:

- ◆ 5. На рентгенограмме при пародонтите – вертикальная резорбция, при пародонтозе — горизонтальная.
- ◆ 6. При пародонтите над- и поддесневой камень, при пародонтозе зубной камень или вообще отсутствует, или определяется только наддесневой.
- ◆ 7. Что касается возраста больных, то оба заболевания характерны для лиц среднего и старшего возраста.



Различают начальную, I, II и III степень развития пародонтоза.

◇ Начальная степень. Характерно сравнительно бессимптомное течение.

Жалобы: у единичных больных на зуд, чувство "ломоты" в деснах и челюстях, повышенная чувствительность зубов к термическим и химическим раздражителям.

Объективно: - бледность слизистой оболочки десны;

- ◇ тусклость эпителиального покрова (отсутствие нормального блеска);
- ◇ притупление вершин десневых сосочков (чаще фронтального участка);
 - ◇ десна плотная, уплощена, безболезненная, не кровоточит;
 - ◇ возможно незначительное обнажение шеек зубов;
- ◇ нет нарушения целостности зубодесневого эпителиального соединения;
 - ◇ появляется чувствительность к химическим и термическим раздражителям, а потом и механическим;
 - ◇ выявляется травматическая окклюзия, перегрузка отдельных зубов;
- ◇ R-гр: остеопороз губчатого вещества межзубных костных перегородок, деструкция компактной пластинки их вершин, резорбция ее.
Периодонтальная щель не изменена.

I степень. Жалобы - зуд, чувство "ломоты" в деснах, повышенная чувствительность зубов к раздражителям более выражены.

Объективно: - десна бледная, тусклая, плотная, безболезненная;

- ◇ атрофия десневых сосочков;
- ◇ обнажение шеек зубов на 1-1,5 мм;
- ◇ образование неглубоких клиновидных дефектов (фронтальные зубы);
- ◇ между отдельными зубами свободно проходит металлическая матрица;
- ◇ окклюзионная кривая изменяется;
- ◇ травматическая окклюзия;
- ◇ зубы неподвижны;
- ◇ R-гр: равномерная резорбция межзубных перегородок до 1/3 их высоты, кортикальный слой хорошо выражен, явлений остеопороза нет, периодонтальная щель не расширена.

II степень.

Жалобы: почти такие же как и при предыдущих степенях.

Объективно: - усиление атрофии маргинальной части десны и

- ◆ десневых сосочков;
- ◆ обнажение корней зубов до 5-6 мм;
- ◆ межзубные промежутки зияют;
- ◆ развитие клиновидных дефектов;
- ◆ чувствительность зубов к раздражителям;
- ◆ возможно образование незначительного количества зубных отложений (зубной камень и пигментированный налет);
- ◆ травматическая окклюзия;
- ◆ R-гр: равномерная резорбция межальвеолярных перегородок на $2/3$ высоты. Костная ткань минерализирована и плотная.

III степень: Жалобы: повышенная чувствительность обнаженных шеек зубов, смещение зубов, зуд и "ломоту" в деснах.

Объективно: - десна плотная, анемичная, не кровоточит;

- ◆ шейки зубов обнажены на 5-8 мм;
- ◆ зубы могут быть неподвижны или определяется подвижность I-II степени;
- ◆ веерообразное расхождение зубов (фронтальный участок) с образованием диастем и трем;
- ◆ отчетливо выраженная травматическая окклюзия;
- ◆ клиновидный дефект зубов достигает значительной глубины;
- ◆ R-гр: значительная атрофия альвеолярного отростка до 2/3 высоты межальвеолярных перегородок и более. Возможен незначительный остеопороз их вершин.

Возможные осложнения

- ❖ Ретроградный пульпит, периодонтит, периостит, остеомиелит, регионарный лимфаденит, заболевания ВНЧС, заболевания ЖКТ, сенсбилизация организма, обострение ревматизма, бронхиальной астмы (также как и при пародонтите II степени тяжести).
- ❖ Кроме того, появление неприятного запаха изо рта, нарушение норм эстетики (смещение зубов, их необычный вид и др.) влияют на психоэмоциональный статус больных. Они становятся замкнутыми, раздражительными, может развиваться депрессия.

Лечение

- ◆ Массаж десен для восстановления кровотока и питания тканей
- ◆ Санация полости рта
- ◆ Прием витаминов
- ◆ Физиотерапия (лазер, дарсонваль)
- ◆ Хирургическое вмешательство