

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ГИНГИВИТЫ У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2012

УДК 616.311.2-002(053.2) (075.8)
ББК 56.6 я73
Г49

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 30.05.2012 г., протокол № 8

А в т о р ы: д-р мед. наук, проф. Т. Н. Терехова; канд. мед. наук, доц. Е. И. Мельникова; канд. мед. наук, доц. О. В. Минченя; канд. мед. наук, доц. Н. В. Шаковец

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. каф. общей стоматологии Белорусского государственного медицинского университета Л. И. Палий; канд. мед. наук, доц. каф. детской стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования Г. В. Бинцаровская

Гингивиты у детей : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова [и др.]. – Минск : Г49 БГМУ, 2012. – 31 с.

ISBN 978-985-528-704-0.

Изложены вопросы этиологии, особенности диагностики, клиники и лечения гингивитов у детей.

Предназначено для студентов 4-го курса стоматологического факультета по дисциплине «Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний», клинических ординаторов, аспирантов.

УДК 616.311.2-002(053.2) (075.8)
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-704-0

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2012

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема: Гингивиты у детей. Особенности диагностики, клинического проявления и лечения. Рецессия десны.

Общее время занятия: 6 ч.

Болезни тканей периодонта относятся к числу наиболее распространенных заболеваний. У детей, начиная с раннего возраста, чаще диагностируется воспаление десны. Морфологически и функционально незрелые, развивающиеся и постоянно перестраивающиеся ткани периодонта у детей способны неадекватно реагировать даже на незначительные повреждающие факторы и обуславливать особенности развития гингивита. Наиболее частой причиной гингивита у детей являются микроорганизмы зубного налета, однако изменяющийся гормональный фон в ювенильном периоде, соматические заболевания могут привести к заболеванию десны. Врачу-стоматологу также необходимо помнить о том, что гингивит у детей и подростков может быть одним из первых симптомов заболевания крови, нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма. Отличительные черты патогенеза, клинической картины гингивита обуславливают особенности лечения этой патологии у детей, зачастую требующего участия врача-педиатра.

Цель занятия: научиться проводить лечение гингивита у детей в различные возрастные периоды с учетом особенностей клинического течения.

Задачи занятия. В результате освоения теоретической части данной темы студент должен **знать:**

1. Этиологию и патогенез гингивита в детском возрасте. Условия, способствующие развитию воспаления десны.
2. Классификации гингивита.
3. Клинические проявления различных форм гингивита у детей.
4. Методы диагностики гингивита у детей.
5. Принципы этиологического, патогенетического и симптоматического лечения различных форм гингивита у детей.
6. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении гингивита.

В ходе выполнения практической части занятия студент должен:

1. Выяснить жалобы, собрать анамнез заболевания у ребенка и его родителей.
2. Выявить этиологию заболевания периодонта, факторы риска развития гингивита у детей.
3. Провести клиническое обследование пациента. Провести объективную и индексную оценку состояния периодонта.
4. Сформулировать диагноз и провести дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими похожую клиническую картину.

5. Составить план комплексного лечения и провести лечение детей с гингивитом, рецессией десны.

6. Мотивировать детей и их родителей проводить регулярную и качественную домашнюю гигиену полости рта.

Требования к исходному уровню знаний. Студент должен иметь достаточный уровень базовых знаний из смежных дисциплин. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

– из *патологической физиологии* — патогенез воспаления;
– *стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний* — этиологию и факторы риска заболеваний периодонта, клиническую и индексную оценку состояния периодонта, индексы гигиены полости рта, средства гигиены полости рта, методы чистки зубов, обучение детей различного возраста и взрослых гигиене полости рта, принципы первичной профилактики заболеваний периодонта;

– *терапевтической стоматологии* — клинические признаки воспаления десны;

– *фармакологии* — механизм действия лекарственных препаратов, применяемых при лечении гингивита.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Какие эндотоксины, разрушающие межклеточный матрикс, вырабатываются микрофлорой зубного налета?

2. Какие эндотоксины, разрушающие клетки тканей периодонта, вырабатываются микрофлорой зубного налета?

3. Чем обусловлена острая воспалительная реакция тканей периодонта?

4. Какие микроорганизмы приводят к воспалению десны?

5. Какие оральные факторы являются факторами риска воспалительных заболеваний тканей периодонта?

6. Какой индекс гигиены используют для мотивации необходимости ухода за полостью рта подростком и при проведении контролируемой чистки зубов?

7. С помощью каких индексов гигиены можно определить качество ухода за полостью рта 5-летним ребенком?

8. С каким методом чистки зубов врач должен ознакомить 3-летнего ребенка и его родителей при организации ухода за полостью рта?

9. Какие индексы используют для оценки состояния тканей периодонта у 5-летнего ребенка?

10. Какие антисептики входят в состав зубных паст?

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение острого гингивита у детей.

2. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение простого маргинального гингивита у детей. Диспансеризация.

3. Гиперпластический гингивит у детей. Предрасполагающие факторы, особенности диагностики и лечения, диспансеризация.

4. Десквамативный гингивит у детей. Этиология, клиническая картина, диагностика и лечение, диспансеризация.

5. Рецессия десны в детском возрасте. Этиология, клиническая картина, лечение.

6. Принципы профилактики воспалительных заболеваний десны.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ГИНГИВИТА

Гингивит — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Среди воспалительных заболеваний тканей маргинального периодонта у детей гингивит является наиболее распространенной патологией. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в Республике Беларусь и в странах ближнего и дальнего зарубежья, распространенность этой патологии составляет 10–15 % в возрасте 6 лет, достигая 83–100 % у 15-летних детей. Рост заболеваемости гингивитом связывают с увеличением количества детей, страдающих заболеваниями внутренних органов, и экологическим неблагополучием окружающей среды.

В своей практической деятельности детские стоматологи пользуются Международной классификацией стоматологических болезней на основе МКБ–10 (1997):

K05.0 Острый гингивит

K05.00 Острый стрептококковый гингивостоматит

K05.08 Другой уточненный острый гингивит

K05.09 Острый гингивит неуточненный

K05.1 Хронический гингивит

K05.10 Простой маргинальный

K05.11 Гиперпластический

K05.12 Язвенный

K05.13 Десквамативный

K05.18 Другой уточненный хронический гингивит

K05.19 Хронический гингивит неуточненный

Классификация болезней периодонта, принятая XVII пленумом Всесоюзного общества стоматологов (г. Ереван, 1983):

Гингивит

Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

ЭТИОЛОГИЯ ГИНГИВИТА

Основными этиологическими факторами, вызывающими развитие воспалительных заболеваний периодонта у детей и подростков, являются:

1. Бактериальные патогены.
2. Факторы полости рта.
3. Общие факторы.

Бактериальные патогены. Считают, что 80–90 % случаев гингивитов вызвано деятельностью микроорганизмов зубного налета. К настоящему времени из тканей больного периодонта выделено около 500 видов микроорганизмов, большую часть из которых составляют условные патогены. С воспалением десны (гингивитом) причинным образом связаны факультативные анаэробы *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus sanguis*, *Actinomyces odontolyticus*, *Actinomyces naeslundii*, *Veilonella parvula*. Однако исследования последних лет показали, что такие периодонтопатогены, как *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* и *Tannerella forsythia*, присутствуют не только в зубодесневых карманах пациентов с маргинальным периодонтитом, а также колонизируются в наддесневом зубном налете. Этот факт свидетельствует о возможности жизнедеятельности грамотрицательных анаэробных микроорганизмов в аэробных условиях, в том числе и у лиц со здоровым периодонтом. Доказано существование взаимосвязи между возникновением, прогрессированием заболеваний периодонта и наличием периодонтопатогенов в зубодесневой бороздке. Начальная колонизация *Tannerella forsythia* обнаружена на языке и слизистой оболочке щек у новорожденных (0–4 мес.), а более 60 % здоровых субъектов в возрасте от 6 до 12 лет имели *Tannerella forsythia* в десневой борозде. Первоначальная колонизация *Prevotella intermedia* определялась в полости рта в зубодесневой бороздке детей в возрасте от 6 до 12 лет, а *Porphyromonas gingivalis* — в возрасте 19–44 лет. Определяющим фактором для колонизации *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia*, *Porphyromonas gingivalis* является наличие в полости рта зубов, однако эти микроорганизмы являются условно-патогенными, следовательно, их колонизация в полости рта не обязательно приведет к возникновению заболеваний тканей периодонта.

Состав зубного налета и его периодонтопатогенность изменяются со временем. По мере увеличения объема зубных отложений в их недрах снижается парциальное давление кислорода и создаются условия, благоприятные для жизнедеятельности анаэробных бактерий. В первой фазе формирования зубного налета (в течение 4 часов после чистки) в нем преобладают грамположительные кокки, во второй фазе (4–5-е сутки после чистки) появляется большое количество грамположительных нитевидных и жгутиковых форм. В более поздние сроки микробный спектр смещается

в сторону анаэробных грамотрицательных форм, бактериоидов, спирилл и спирохет. Воспаление десны развивается с увеличением в зубных отложениях доли анаэробов, поэтому считают, что гингивит является болезнью «старого», созревшего за 1–5 суток налета.

Патогенность микроорганизмов для эпителиальной и соединительной тканей обусловлена тем, что они могут активно вторгаться в клетки хозяина и повреждать их прежде всего:

- экзотоксинами (лейкотоксинами);
- эндотоксинами (липополисахаридами);
- ферментами, разрушающими межклеточный матрикс (гиалуронидаза, коллагеназа, хондроитинсульфатаза);
- веществами, разрушающими клетки тканей периодонта (протеазы, аммиак, сульфид водорода, индол, органические кислоты, токсические амины).

Кроме того, микроорганизмы способны оказывать отрицательное влияние на эффективность местной иммунной защиты: провоцировать выделение из фибробластов и лейкоцитов ферментов, разрушающих соединительную ткань, подавлять хемотаксис нейтрофилов, разрушать иммуноглобулины.

Факторы полости рта:

- нарушение (снижение, повышение) функциональной нагрузки на периодонт (нарушение прикуса, адентия, кариозное разрушение зубов, нарушение функции жевания, вредные привычки);
- состояние мягкотканых образований преддверия полости рта (уздечки губ, щечные тяжи, мелкое преддверие полости рта);
- ретенционные факторы (нарушение прикуса, ортодонтические конструкции, плохо полированные пломбы, кариозные полости в пришеечной области и на проксимальных поверхностях, пломбы, заполняющие межзубной промежутки);
- хроническая ауотравма — действия самого хозяина: курение, механическая травма периодонта при неправильной чистке зубов и неправильном очищении межпроксимальных пространств.

Общие факторы:

- проблемы иммунитета;
- изменение гормонального фона (период полового созревания);
- различные соматические заболевания (сахарный диабет, гиповитаминоз С, А, Е, заболевания ЦНС, органов кроветворения и ЖКТ);
- вредные привычки.

Эти факторы снижают резистентность хозяина и обуславливают особенности патогенеза патологии периодонта.

ПАТОГЕНЕЗ ГИНГИВИТА

При наличии агрессивных микроорганизмов клиническая патология развивается не всегда, а только при нарушении равновесия в сложной системе «микроорганизм – хозяин». При ослаблении связей между компонентами периодонта, при снижении защитных свойств ротовой и десневой жидкостей, при нарушении иммунологической резистентности организма в целом развивается гингивит. Накопление микроорганизмов, их экзо- и эндотоксинов над и под десной вызывает первичное повреждение (*альтерацию*) эпителия десневой борозды и расположенных под ним элементов. Из поврежденных тканей хозяина выделяются факторы (про-серинэстераза, тромбин, кинин, фибриноген, активированные фракции комплемента), которые вместе с микробными метаболитами являются хематоксическими стимуляторами для запуска следующей стадии воспаления. На этапе *эксудации* в соединительной ткани десны разрушаются белково-гликозаминогликановые комплексы и накапливаются продукты распада тканей: свободные аминокислоты, уоновые кислоты, аминосахара, полипептиды. В очаге повреждения десны нарастает осмотическое давление, происходит задержка воды, развивается отек, набухание. Из-за накопления молочной кислоты и жирных кислот в тканях развивается ацидоз и гипоксия. Наблюдается стойкое расширение сосудов десны (гиперемия), повышается проницаемость стенок сосудов для лейкоцитов и макрофагов, которые мигрируют в ткани и активно участвуют в воспалительном процессе. Эти клетки выбрасывают в тканевую среду протеолитические ферменты — эластазы и коллагеназы, разрушающие коллагеновые фибриллы периодонтальной связки. Эта стадия клинически определяется как гингивит и проявляется гиперемией, отеком, кровоточивостью, болезненностью тканей десны. Если воспалительная реакция ограничивается образованием медиаторов воспаления, то процесс протекает остро и локально. Генерализация гингивита и его переход в хроническую форму становятся возможными при вовлечении в процесс иммунологических реакций; особенно тяжело протекает патология периодонта при нарушениях в иммунной системе хозяина, в том числе на фоне аутоиммунных проблем. При хроническом воспалении в десне происходят следующие клинически значимые изменения: повышается проницаемость эпителия, нарушается микроциркуляция в соединительнотканной основе десны, ткани инфильтрируются макрофагами и лейкоцитами, нарастают склеротические изменения.

Особенности развития гингивитов у детей:

1. Много аналогичного со взрослыми, но нет тождества.
2. Патологические процессы развиваются у ребенка в растущих, развивающихся и перестраивающихся тканях, тканях морфологически и

функционально незрелых, способных неадекватно реагировать на аналогичные причинные факторы, вызывающие заболевания периодонта у взрослых.

3. У детей имеются диспропорции роста и созревания незрелых структур. Дисбаланс созревания структур и формирования функций в детском организме способствует развитию ювенильных гингивитов.

4. У детей с гингивитом микробная бляшка содержит меньше фузобактерий и лактобактерий.

5. Имеются отличия в иммунологическом ответе при повреждении десны: у детей в клеточном инфильтрате доминируют Т-лимфоциты, а у взрослых — В-лимфоциты.

6. Эпителий прикрепления у временных зубов является более толстым, чем у постоянных зубов, в связи с этим он менее проницаем для бактериальных токсинов и более стойкий к воспалению.

7. Гингивит способен бесследно исчезать под влиянием минимальных вмешательств или совершенно самостоятельно, а также, несмотря на ликвидацию причин, становится самостоятельным прогрессирующим заболеванием, которое у взрослого человека называют «заболеванием неизвестной этиологии».

ДИАГНОСТИКА ГИНГИВИТА

Основанием для установления диагноза заболевания тканей периодонта служат данные анамнеза и объективных исследований. Стоматологическое обследование ребенка проводится по общепризнанным правилам. Важными данными для диагностики гингивитов у детей являются:

- жалобы и анамнез заболевания;
- анамнез жизни;
- внешний осмотр;
- осмотр полости рта;
- оценка состояния десны.

Жалобы и анамнез заболевания. Необходимо выяснить жалобы и их динамику, проводимое ранее лечение и его эффективность, характер ухода за полостью рта, определить уровень мотивации пациента к лечению. При сборе анамнеза обращают внимание на наличие соматических заболеваний (сахарный диабет, эпилепсия, заболевания крови, дерматозы), прием лекарственных препаратов (нифедипин, циклоспорин А, гидантоиновые препараты, дифенин).

Внешний осмотр. Важно оценить такие функции челюстно-лицевой области, как дыхание и жевание. Ротовое дыхание приводит к высушиванию тканей десны, сужению сосудов, снижению резистентности тканей

периодонта и образованию зубного налета. Нарушение функции жевания приводит к изменению нагрузки на периодонт.

Осмотр полости рта. При внутриротовом обследовании обращают внимание:

– на факторы, способствующие формированию микробной бляшки (кариозные полости, плохо полированные пломбы, неудовлетворительные пломбы в пришеечной области и на проксимальных поверхностях, аномалии прикуса);

– состояние мягкотканых образований преддверия полости рта (уздечки губ, щечные тяжи, высота прикрепленной десны).

Оценка состояния десны. Оценивая состояние десны, обращают внимание на ее цвет, размеры, форму, плотность, кровоточивость. Изменение цвета десны может ограничиться межзубным сосочком или распространиться на десневой край и затем на прикрепленную десну. *Красный цвет* — при остром воспалительном процессе и десквамации эпителия. *Цианотичный оттенок* свидетельствует о застойных явлениях в венозном русле и характерен для длительного воспалительного процесса.

Оценивается консистенция десны, которая в зависимости от типа воспаления становится *рыхлой, отеочной* (при катаральном гингивите), *плотной и даже бугристой* (при гиперпластическом гингивите), *гладкой, блестящей, натянутой, исчезает типичный вид «апельсиновой корочки»* (при десквамации эпителия).

Контур десны. Десневые сосочки, увеличиваясь в объеме за счет отека или гиперплазии соединительной ткани, теряют обычный остроконечный контур и становятся шарообразными, формируя десневые («ложные») карманы. При рецессии десны меняется положение десневого края по отношению к шейкам зубов.

Для объективной оценки степени воспаления десны применяются индекс РМА (Шур, Масслер, 1948), проба Шиллера–Писарева и десневой индекс GI (Лое, Силнесс, 1963).

Индекс РМА предназначен для клинического определения состояния периодонта по распространенности визуальных признаков воспаления — гиперемии и отечности тканей десны. На ранних стадиях патологии воспаление ограничивается лишь сосочком (в названии индекса Р — *papilla*, 1 балл), при усугублении процесса страдает не только сосочек, но и край десны (М — *marginum*, 2 балла), а при тяжелых периодонтитах заметны клинические признаки воспаления прикрепленной десны (А — *attached*, 3 балла). Обследуется медиальный десневой сосочек, край и прикрепленная десна в области всех (или выбранных исследователем) зубов. Индивидуальный индекс определяется по формуле:

$$РМА = \frac{\sum \text{баллов исследованных зубов}}{\text{Количество обследованных зубов}}.$$

В популярной модификации Парма 1960 г. расчет значения индекса РМА проводят по формуле:

$$\text{РМА} = \frac{\sum \text{баллов}}{3 n} 100 \%,$$

где n — количество обследованных зубов, 3 — максимальная оценка воспаления в области одного зуба.

При значении РМА от 1 до 33 % у пациента имеет место легкое воспаление периодонта, от 34 до 66 % — среднетяжелое, выше 67 % — тяжелое.

Проба Шиллера–Писарева предназначена для уточнения границ и степени воспаления при помощи витального окрашивания тканей. При воспалении в тканях накапливается гликоген, избыток которого может быть обнаружен качественной реакцией с йодом: через несколько секунд после аппликации йодсодержащего препарата (чаще всего раствор Шиллера–Писарева) ткани воспаленной десны изменяют свой цвет в диапазоне от светло-коричневого до темно-бурого в зависимости от количества гликогена, т. е. от тяжести воспаления. Проба может быть оценена как отрицательная (соломенно-желтое окрашивание), слабо положительная (светло-коричневое окрашивание) или положительная (темно-бурое окрашивание).

Десневой индекс GI предполагает оценку состояния периодонта по клиническим признакам воспаления десны — гиперемии, отечности и кровоточивости при прикосновении атравматичным зондом в области шести зубов: 16, 21, 24, 36, 41, 44. Изучают состояние четырех участков десны возле каждого зуба: медиальный и дистальный сосочек с вестибулярной стороны, край десны с вестибулярной и язычной стороны. Состояние каждого участка десны оценивают следующим образом:

- а) 0 — десна без признаков воспаления;
- б) 1 — небольшое изменение цвета, легкая отечность, нет кровоточивости при прикосновении (легкое воспаление);
- в) 2 — покраснение, отек, кровоточивость при исследовании (умеренное воспаление);
- г) 3 — выраженная гиперемия, отек, изъязвления, тенденция к спонтанным кровотечениям (тяжелое воспаление).

GI для периодонта одного зуба как средняя величина, вычисленная по данным о состоянии каждого участка десны:

$$\text{GI зуба} = \frac{\sum \text{баллов}}{4}.$$

Если суммировать все значения GI зубов и разделить на число исследованных зубов, получим значение GI обследованного индивидуума:

$$\text{GI индивидуума} = \frac{\text{GI зубов}}{6}.$$

Интерпретация:

- а) 0,1–1,0 — легкий гингивит;
- б) 1,1–2,0 — гингивит средней тяжести;
- в) 2,1–3,0 — тяжелый гингивит.

Ранние симптомы гингивита:

1. Увеличение скорости *секреции десневой жидкости* и изменение ее клеточного состава, отмечаются миграция лейкоцитов, появление в ней сывороточного белка.

2. *Кровотечение* из десневого желобка, которое появляется раньше других видимых изменений на десне. Степень кровоточивости десны и легкость, с которой она провоцируется, зависят от тяжести и длительности воспалительного процесса, интенсивности действия провоцирующих факторов.

Сопутствующие симптомы при гингивите:

- 1. Боль постоянная или во время чистки зубов.
- 2. Дискомфорт в полости рта.
- 3. Неприятный запах.

ОСТРЫЙ ГИНГИВИТ

Причины:

1. Травма щетиной зубной щетки при чистке зубов, острым предметом, воздействием высокой температуры.

2. Ятрогенные факторы: повреждение электрическим током при выполнении физиотерапевтических процедур, острые химические повреждения десны при лечении кариеса зубов и его осложнений.

3. В редких случаях стрептококковый тонзиллит может сопровождаться поражением слизистой оболочки полости рта, в том числе и десны.

4. Симптом общего заболевания вирусной (острый герпетический гингивостоматит) или аллергической природы.

Клиническая картина острого воспаления десны зависит от повреждающего фактора, а также от интенсивности и длительности его воздействия. Воспаление проявляется локализованной *гиперемией, отеком десны, спонтанным кровотечением*. Участки поражения (эрозии, язвы, зоны некроза) резко болезненны (рис. 1).



Рис. 1. Острый гингивит

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТОЙ МАРГИНАЛЬНЫЙ ГИНГИВИТ

Хронический простой маргинальный гингивит связан, как правило, с плохой гигиеной полости рта, и его называют «грязным» гингивитом. Характерными признаками хронического простого маргинального гингивита являются:

- 1) бессимптомное течение;
- 2) отсутствие нарушения целостности зубодесневого соединения (нет кармана);
- 3) на рентгенограмме отсутствие признаков деструкции межальвеолярных перегородок;
- 4) положительный симптом кровоточивости при зондировании десневой бороздки;
- 5) прямая зависимость между индексом гигиены и индексом гингивита;
- 6) сочетание гингивита с очаговой деминерализацией эмали в пришеечной области;
- 7) общее состояние больных не нарушено;
- 8) чаще встречается у детей и подростков.

При осмотре десна гиперемирована, нередко с цианотичным оттенком, иногда валикообразно утолщена. При обострении воспалительного процесса появляются зуд, боль и кровоточивость десен, усиливающаяся при чистке зубов и откусывании твердой пищи. Краевая десна отечна, гиперемирована, кровоточит при легком надавливании (рис. 2).



Рис. 2. Хронический простой маргинальный гингивит

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ

Гиперпластический (гипертрофический) гингивит представляет собой хронический воспалительный процесс в десне с преобладанием пролиферации. Распространенность этого заболевания составляет 3–5 % в общей структуре заболеваемости.

Предрасполагающие факторы:

1. Препубертатный (от 8–9 до 13–14 лет) и пубертатный (от 13–14 до 18–20 лет) периоды, что связано с влиянием гормонов развивающейся по-

ловой сферы (эстрогенов) на эпителий десны и стимуляцией ими пролиферативных процессов в эпителии слизистой оболочки десны.

2. Длительное лечение противосудорожными препаратами — производными гидантоина (дифенин).

3. Лекарственная гиперплазия десны, вызванная иммунодепрессантами (циклоспорин А) и коронарорасширяющими препаратами (нифедипин).

4. Недостаточность витамина С (скорбутический/цинготный гингивит).

5. Заболевания крови сопровождаются изменениями в полости рта (при остром лейкозе наблюдается гиперплазия десневого края вследствие инфильтрации десен опухолевыми клетками).

6. Хроническая механическая травма (нависающие пломбы, ортодонтические аппараты, глубокий прикус, скученность зубов).

Клинические формы гиперпластического (гипертрофического) гингивита: *отечная (экссудативная)* (рис. 3) и *фиброзная* (рис. 4).



Рис. 3. Гиперпластический гингивит, отечная (экссудативная) форма



Рис. 4. Гиперпластический гингивит, фиброзная форма

Различают три степени гиперплазии (гипертрофии) (Е. В. Удовицкая и др., 1985):

а) *1-я степень* — межзубные сосочки имеют округлую форму, краевая десна — валикообразную форму, выступают в преддверие полости рта, покрывают треть высоты коронки зубов (рис. 5, а);

б) *2-я степень* — межзубные сосочки покрывают половину высоты коронки зубов (рис. 5, б);

в) *3-я степень* — разросшаяся десна перекрывает экватор зубов и может достигать их окклюзионной поверхности (рис. 5, в).

При *отечной форме* десневые сосочки увеличены в размере, округлой формы, синюшного цвета с блестящей гладкой поверхностью, при прикосновении кровоточат. Характерно при гипертрофическом гингивите образование ложных зубодесневых карманов. В отличие от истинного патологического кармана в ложном сохраняется целостность зубодесневого прикрепления. *Фиброзная форма* характеризуется гиперплазией и уплотнением десневых сосочков, краевой десны, цвет их не изменен, кровоте-

чивость отсутствует, поверхность неровная, бугристая, пальпация безболезненная.

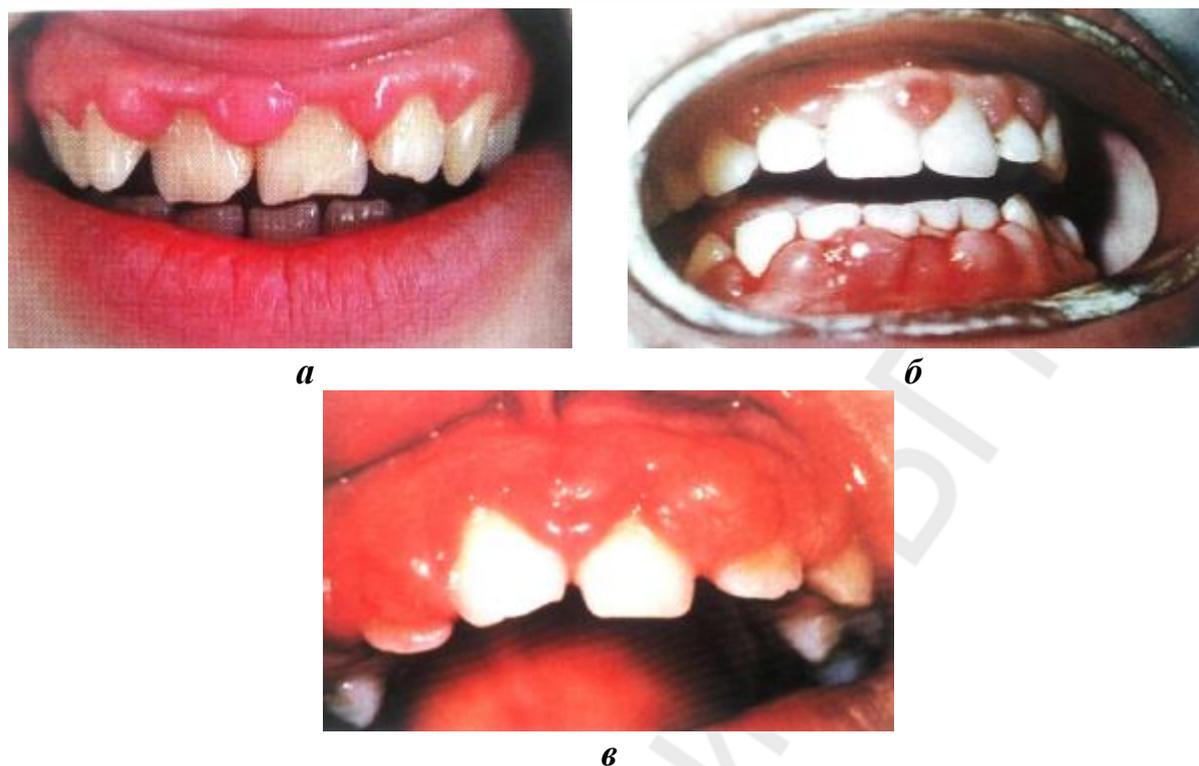


Рис. 5. Степени гиперплазии (гипертрофии) десны:
а — 1-я степень; *б* — 2-я степень; *в* — 3-я степень

Дифференциация этих двух форм заболевания возможна после противовоспалительной терапии. При экссудативной форме в результате лечения наблюдается восстановление начальной формы десны, при фиброзной форме десна остается увеличенной. Дифференцировать отечную форму хронического гипертрофического гингивита необходимо с хроническим катаральным гингивитом. После проведенного курса лечения последнего и ликвидации воспалительных явлений десневые сосочки приобретают нормальную величину, при гиперпластическом (гипертрофическом) — остаются увеличенными.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ (ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ) ГИНГИВИТ В ПЕРИОД ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Гипертрофия тканей десны при пубертатном гингивите чаще ограничивается фронтальным сегментом и наблюдается только на одной из челюстей. Десна с лингвальной стороны обычно не поражается. В юношеский период происходят заметные изменения активности различных эндокринных желез. Усиление функции половых желез в период полового созревания оказывает существенное влияние на деятельность других желез внутренней секреции и может нарушить то равновесие, которое

имелось у ребенка в период детства. В этот период гипертрофический гингивит может быть обусловлен гиперплазией щитовидной железы (ювенильной (подростковой) струмой), так как существует определенная связь между функциями гипофиза, щитовидной железы и половыми железами (рис. 6).



Рис. 6. Гиперпластический (гипертрофический) гингивит в период полового развития

ДИФЕНИН-ИНДУЦИРОВАННОЕ РАЗРАСТАНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ (ФЕНИТОИН-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ГИНГИВИТ)

Гиперплазия десны не зависит от дозы препарата, длительности приема, концентрации в слюне. Выявлена высокая корреляция между:

- степенью разрастания десны и уровнем основного фактора роста фибробластов;
- разрастанием тканей десны и уровнем гигиены полости рта.

Дифенин-индуцированное разрастание тканей десны проявляется через 2–3 недели после начала приема дифенина, достигая пика через 18–24 месяца. Начальным проявлением заболевания являются безболезненные разрастания межзубных сосочков. Чаще поражаются *вестибулярные и фронтальные* сегменты десны. Поражение вначале носит локализованный характер. Если нет воспаления, десна имеет розовый цвет, плотную консистенцию и не кровоточит при зондировании (рис. 7). Дифенин-индуцированное разрастание тканей десны приводит к возникновению эстетических проблем, трудностей при жевании, нарушениям речи, задержке прорезывания зубов, травме и вторичному воспалению.



Рис. 7. Дифенин-индуцированное разрастание тканей десны

СКОРБУТИЧЕСКИЙ (ЦИНГОТНЫЙ) ГИНГИВИТ

Гингивит, вызванный недостаточностью витамина С, отличается от гингивита, обусловленного плохой гигиеной полости рта. Процесс обычно захватывает маргинальную десну и десневой сосочек. При этом пациент жалуется на сильные боли и спонтанные кровотечения из пораженной десны, местные предрасполагающие факторы отсутствуют (рис. 8). Расспрос родителей и самого ребенка о его рационе питания зачастую позволяет установить, что ребенок не употребляет в пищу продуктов, содержащих витамин С. Тяжелые формы цинготного гингивита у детей встречаются довольно редко. Однако заболевание может наблюдаться у детей с аллергией на фруктовые соки, когда в организм не поступает достаточное количество витамина С. Для диагностики необходим анализ крови, подтверждающий дефицит витамина С, при отсутствии других системных патологических состояний. Чаще встречается гингивит средней степени тяжести, обусловленный дефицитом витамина С.



Рис. 8. Хронический гиперпластический гингивит при цинге (скорбутический гингивит)

ФИБРОМАТОЗ ДЕСЕН

По классификации МКБ–10 (1997) фиброматоз десен соответствует рубрике К06.1 гипертрофия десны. Характеризуется медленно прогрессирующим доброкачественным разрастанием тканей десны. Известны генетически и ятрогенно индуцированные формы фиброматоза. Наиболее распространенная генетическая форма фиброматоза — *наследственный фиброматоз десен*, который наследуется по аутосомно-доминантному типу, чаще проявляется на 1-м и 10-м годах жизни. Эту редкую форму гингивита также называют *слоновостью десен* или *наследственной гиперплазией десен*. Десна при рождении ребенка имеет нормальный вид, но после прорезывания молочных зубов начинает разрастаться, процесс протекает медленно. На десне появляются плотные образования, не выделяющиеся по цвету и безболезненные в основном в области передних зубов.

Коронки зубов закрываются вплоть до двух третей, реже полностью. Фиброзная ткань часто вызывает смещение зубов и развитие аномалий окклюзии. Может препятствовать выпадению временных (молочных) и прорезыванию постоянных зубов. Данное состояние не вызывает боли до тех пор, пока десна не покроет окклюзионные поверхности зубов и не начнет травмироваться при жевании (рис. 9).



Рис. 9. Фиброматоз десен

ДЕСКВАМАТИВНЫЙ ГИНГИВИТ

Основным этиологическим фактором являются бактериальные патогены. Факторами, способствующими возникновению заболевания, могут быть нарушение обмена веществ, хронические инфекции. Десквамативный гингивит может быть симптомом дерматозов (плоский лишай, вульгарная пузырчатка), а также проявляться в пубертатный период (чаще у девочек). Десквамация эпителия в пубертатный период связана с преобладанием гормона прогестерона. Снижение содержания эстрогенных гормонов приводит к уменьшению кератинизации клеток и, следовательно, к потере десной защитной ороговевающей оболочки.

Формы клинического течения десквамативного гингивита:

1. *Легкая* — характеризуется безболезненной гиперемией свободной и прикрепленной десны, которая обнаруживается при осмотре. Чаще жалоб нет.

2. *Средне-тяжелая* — характерны жалобы на боль при чистке зубов, повышенная чувствительность к термическим и химическим раздражителям.

лям. Десна имеет гладкий блестящий вид, ярко красная, отечная, иногда покрыта легко сдвигающимся эпителием, после удаления которого появляется кровоточивость и болезненность.

3. **Тяжелая** — характеризуется значительной протяженностью поражения. Пациенты жалуются на боль при приеме твердой и раздражающей пищи, сухость полости рта, чувство жжения. На гиперемированной, отечной поверхности десны появляются пузырьки и эрозии разных размеров (рис. 10).



Рис. 10. Десквамативный гингивит

Диагностика десквамативного гингивита не вызывает трудностей. Значительно сложнее установить причину его появления. Поэтому необходимо тщательно собрать анамнез заболевания, при осмотре следует обратить внимание на состояние кожных покровов и при поражении кожи необходимо обследование у дерматолога.

РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ

Рецессия маргинальной десны — это невоспалительное заболевание, характеризующееся смещением краевой десны в апикальном направлении.

Классификация рецессии десны (МКБ–10, 1997):

K06.0 Рецессия десны

K06.00 Локальная

K06.01 Генерализованная

K06.09 Рецессия десны неуточненная.

Рецессия маргинальной десны может иметь различную этиологию и различные клинические проявления:

- «классическая» рецессия — наблюдается в отсутствие инфекции и воспаления;
- рецессия на фоне маргинального периодонтита;
- рецессия как проявление возрастной инволюции.

Классическая рецессия является самым распространенным видом рецессии (5–10 %).

Этиология классической рецессии. Первичным *обязательным* фактором является морфологическая предрасположенность: тонкая вестибулярная пластинка альвеолярной кости, покрывающая корни зубов. Нередко вестибулярная пластинка отсутствует (дегисценция), полностью обнажая корни, или в ней имеются отверстия (фенестры). Рецессия маргинальной десны развивается на фоне морфологической предрасположенности под воздействием следующих этиологических факторов:

- неправильная чистка зубов (преобладание горизонтальных движений, сильное давление);
- короткая уздечка губы;
- недостаточная высота прикрепленной десны;
- ортодонтическое лечение (смещение зубов в вестибулярном направлении и расширение зубного ряда);
- частое и интенсивное полирование шеек зубов при проведении профессиональной гигиены полости рта;
- функциональные нарушения (не все исследователи разделяют эту точку зрения).
- окклюзионная травма.

Для **диагностики** рецессии десны применяется *индекс рецессии десны*, который определяет часть зубов (%), имеющих важный симптом патологии периодонта — апикальное смещение зубодесневого прикрепления, что клинически выглядит как обнажение границы между эмалью и цементом зуба, оголение корня:

$$\text{Индекс рецессии десны} = \frac{r}{n} 100 \%,$$

где *r* — количество зубов с рецессией десны; *n* — количество обследованных зубов.

Жалобы пациентов чаще всего на внешний вид десен, повышенную чувствительность шеек зубов.

Клиническая картина. Классическая рецессия чаще локализуется с вестибулярной стороны и в области одного или нескольких зубов (чаще в области фронтальных зубов и премоляров). У молодых пациентов при классической рецессии межзубные сосочки обычно сохраняются, и подвижность зубов не увеличивается. Заболевание начинается с постепенной апикальной миграции вестибулярного участка десны и обнажения эмалево-цементной границы (рис. 11).

Иногда первым симптомом заболевания является образование небольших щелевидных дефектов в десне, направленных апикально (щель Стилмана, Stillman's cleft); без лечения дефект может расширяться, образуя участок рецессии десны. Иногда при прогрессировании рецессии оставшаяся прикрепленная десна утолщается за счет невоспалительного фиброзного ответа (гирлянда Маккола, McCall's feston).

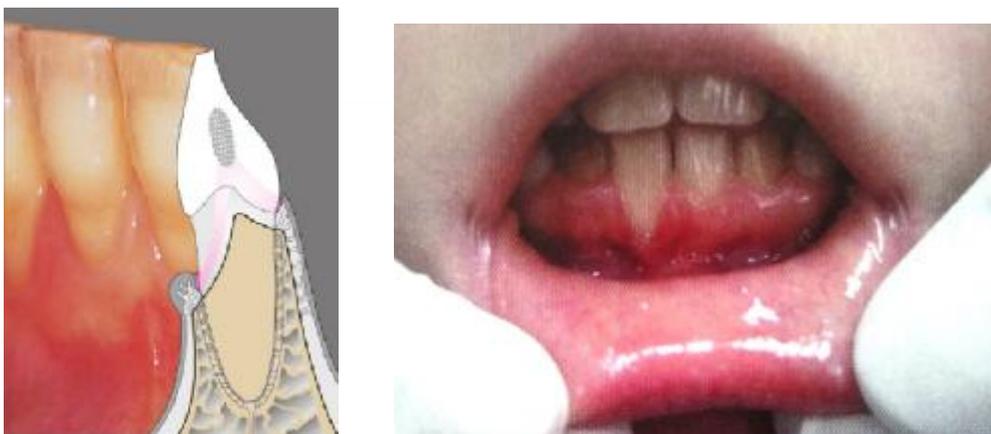


Рис. 11. Рецессия десны

В случае неудовлетворительной гигиены полости рта возможно присоединение воспаления и появление периодонтальных карманов.

Лечение. Остановить рецессию десны можно с помощью тщательной и правильной гигиены полости рта. Рекомендуют атравматическую технику чистки зубов вертикальными выметающими движениями с использованием мягкой щетки. В тяжелых случаях проводят мукогингивальные операции (рис. 12).



Рис. 12. Рецессия десны в области нижних центральных резцов:

a — исходное состояние; *б* — вид через 8 месяцев после операции, рецессия устранена на 80–90 %

ЛЕЧЕНИЕ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ

Цель лечения — полное устранение воспаления, восстановление анатомической структуры и функции периодонта, профилактика реинфекции и рецидива воспаления.

Основные принципы лечения:

1. *Комплексность* — лечение должно быть общим и местным; этиотропным, патогенетическим и симптоматическим; терапевтическое, хирургическое, ортодонтическое, физиотерапевтическое; взаимодействие врача-стоматолога с врачами других специальностей.

2. *Индивидуальность* — лечение проводится с учетом вида патологии, клинического состояния тканей периодонта, характера этиологических и способствующих факторов, уровня мотивации пациента, готовности ребенка и его родителей к лечебному процессу.

3. *Последовательность* — соблюдение этапов (алгоритма) лечения.

4. *Систематичность* — необходимость проведения повторных курсов лечения, т. е. поддерживающей терапии.

5. *Взвешенность и сбалансированность* — выбор средств и методов лечения должен быть полным, обоснованным и взвешенным с учетом формы и степени тяжести процесса и индивидуальных особенностей пациента.

Этапы лечения:

1. Мотивация пациента к поддержанию гигиены полости рта на хорошем уровне, подбор пациенту индивидуальных средств гигиены (зубные пасты, оказывающие противовоспалительное и антибактериальное действие), обучение ребенка и родителей методу чистки зубов.

2. Профессиональное удаление всех видов зубных отложений.

3. Санация полости рта.

4. Лечение зубочелюстных аномалий.

5. Коррекция ортодонтических аппаратов.

6. Хирургическое лечение (пластика уздечек губ и языка, преддверия полости рта).

7. Химиотерапия зубного налета (0,05%-ный раствор хлоргексидина биглюконата, триклозан, 0,01%-ный раствор мирамистина, элюдрил, оросепт).

8. Противовоспалительная терапия: настойка календулы, эвкалипта, ротокан, 1%-ный раствор сальвина, хлорофиллипт.

9. При выраженной кровоточивости десен — полоскания настоями листьев крапивы, отваром корней кровохлебки лекарственной, коры дуба.

10. Периодонтальные повязки с 5%-ной бутадионовой, 10%-ной индометациновой, метронидазоловой мазями, метрогил-гель или биополимерные и биорастворимые фито пленки, содержащие антисептики и вытяжки лекарственных трав.

11. Иммунокорректирующие препараты (после точного установления врачом-иммунологом клинико-иммунологического диагноза) — иммудон (до 8 табл. в день) под язык, применение эхинацеи пурпурной.

12. Пробиотикотерапия. Согласно определению, принятому Международной организацией питания и сельского хозяйства и Всемирной организацией здравоохранения, пробиотики — это живые микроорганизмы или пищевые ингредиенты, содержащие живые микроорганизмы, которые оказывают положительное влияние на здоровье организма хозяина при

условии их использования в адекватном количестве. Возможные пути воздействия пробиотиков в полости рта заключаются в следующем:

- 1) выработка различных противомикробных веществ, таких как органические кислоты, перекись водорода и бактериоцины;
- 2) конкуренция с патогенными микроорганизмами за участки прикрепления к слизистой оболочке;
- 3) модификация параметров окружающей среды полости рта путем изменения рН и/или окислительно-восстановительного потенциала, что приводит к снижению жизнеспособности патогенных микроорганизмов;
- 4) стимуляция неспецифического иммунитета и изменение гуморального и клеточного иммунного ответа;
- 5) с целью усиления положительных эффектов часто используют комбинацию пробиотических штаммов.

Возрастающий интерес к заместительной терапии привел к введению пробиотических бактерий не только в продукты, но и в драже, таблетки для рассасывания, жевательную резинку. Пробиотики вводятся в продукты питания одним из четырех основных путей:

- 1) концентрат культуры добавляют в напитки (фруктовые соки);
- 2) вводят в пребиотические волокна, обеспечивающие рост пробиотических бактерий;
- 3) добавляют в молоко и молочные продукты (молочные напитки, йогурт, сыр, кефир, бионапитки);
- 4) в виде лиофилизированных высушенных клеток включают в состав таблеток, жевательной резинки, пастилок.

Более пристальное внимание стоматологов привлечено к изучению влияния на состояние органов полости рта пробиотических штаммов бифидо- и лактобактерий. Частота встречаемости лактобактерий, в особенности *L. gasseri* и *L. fermentum*, в ротовой полости здоровых лиц значительно выше, чем у пациентов с хроническим гингивитом. Исследования P. Koll-Klais с соавт. (2005) и S. Sookkhee с соавт. (2001) свидетельствуют о способности лактобактерий подавлять рост периодонтопатогенов, включая *P. gingivalis*, *Prevotell intermedia* и *A. actinomycetemcomitans*, и их существенной роли в экологическом балансе.

Krasse с соавт. (2006), оценивая эффект *L. reuteri* в отношении гингивита, выявили, что спустя 14 дней потребления пробиотика, введенного в жевательную резинку, в полости рта пациентов с гингивитом средней степени тяжести появились колонии *L. reuteri* и снизился индекс налета. Механизмы действия *L. reuteri* следующие:

- 1) *L. reuteri* секретируют два бактериоцина — реутерин и реутерицилин, которые подавляют рост широкого спектра патогенов;
- 2) *L. reuteri* имеет выраженную способность к адгезии с тканями организма, конкурируя в этом с патогенными бактериями;

3) противовоспалительное действие *L. reuteri* на слизистую оболочку кишечника приводит к подавлению секреции цитокинов, что может лежать в основе прямого и опосредованного положительного влияния этих бактерий на лиц с заболеваниями периодонта. Жевательная резинка Peri-obalance содержит комбинацию двух штаммов *L. reuteri*, обладающих синергетическими свойствами в борьбе с кариесогенными бактериями и периодонтопатогенами. Каждая подушечка содержит не менее $2 \cdot 10^8$ живых клеток *L. reuteri* Prodentis. Рекомендуется использовать подушечки ежедневно как после еды, так и вечером после чистки зубов, позволяя пробиотику распределиться в полости рта и прикрепиться к различным поверхностям зубов.

13. Физиотерапевтические методы лечения: вакуум-массаж, гидротерапия с углекислым газом, гелио-неоновый лазер, озонотерапия, электрофорез 5%-ного хлористого кальция.

14. Сбалансированное питание, содержащее достаточное количество белков и витаминов, поливитаминов (С, Р, В).

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

В пубертатном возрасте:

- улучшение гигиены полости рта;
- устранение местных раздражителей;
- консультация гинеколога, эндокринолога;
- противоотечная терапия в виде аппликации и лечебных повязок с гепариновой мазью;

– склерозирующая терапия. *Неинъекционная* — инстилляцией ложных карманов настойкой чистотела, календулы, эвкалипта, прополиса, мараславином, ваготилом (поликрезуленом), 1%-ным спиртовым раствором хлорофиллипта, бефунгином (полужидкий экстракт березового гриба чаги). Инстилляцию проводят ежедневно в течение 10–15 минут, курс 10–15 дней; *электрофорез* хлористого кальция с анода и катода. Вначале проводится 10–15 сеансов электрофореза 10%-ного хлористого кальция с анода для использования действия кальция и затем 10–15 сеансов электрофореза того же раствора с катода для использования действия хлора. Кальций уплотняет сосудистую стенку, хлор вызывает диффузный микронекроз стромы десневых сосочков с последующим рубцеванием. *Инъекционная* — под анестезией введение в десневые сосочки лидазы, 40%-ной глюкозы, 25%-ного хлорида кальция, 70%-ного спирта.

При тяжелых формах, не поддающихся местному и системному лечению, показано хирургическое лечение — криодеструкция, диатермокоагуляция, гингивопластика.

Дифенин-индуцированный гингивит:

1. Консультация с лечащим врачом на предмет возможности замены дифенина на другой противосудорожный препарат.

2. Если состояние десны не улучшается, показано хирургическое удаление разросшихся тканей десны с последующим строгим соблюдением гигиены полости рта.

Скорбутический гингивит. Если при исследовании крови обнаруживается дефицит витамина С при отсутствии других системных патологических состояний, рекомендуется по согласованию с врачом-педиатром ежедневный прием 250–500 мг аскорбиновой кислоты. Детям старшего возраста и взрослым следует принимать по 1 г витамина С в течение 2 недель.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСКВАМАТИВНОГО ГИНГИВИТА

1. Лечение проводится на фоне лечения основного заболевания, назначенного врачом-дерматологом после обследования и уточнения основного диагноза.

2. При выраженном болевом симптоме пациента обучают щадящим методам чистки зубов (метод Чартера).

3. Применяют препараты, способствующие эпителизации (желе и мазь солкосерил, актовегин, масляный раствор витамина А, Е).

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ГИНГИВИТОМ

Дети в возрасте от рождения до 4 лет с факторами риска в развитии стоматологических заболеваний относятся ко II диспансерной группе и осматриваются 2 раза в год.

Дети в возрасте 6–15 лет, имеющие гингивиты, обусловленные негигиеническим содержанием полости рта и другими местными факторами (некачественные пломбы; мелкое преддверие, аномалии уздечек губ, не требующие хирургической коррекции и др.), составляют I диспансерную группу. Детей первой диспансерной группы осматривают и saniруют 1 раз в год.

Здоровые и практически здоровые дети 6–15 лет, имеющие обусловленные аномалиями прикуса гингивиты, для устранения которых необходимо ортодонтическое лечение, относятся ко II диспансерной группе, их осматривают и saniруют 2 раза в год.

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕСНЫ. РОЛЬ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

Важная роль в предупреждении воспалительных заболеваний периодонта принадлежит первичной профилактике, целью которой является сохранение ненарушенного здоровья. Реализация профилактических программ позволяет значительно снизить заболеваемость населения стоматологическими заболеваниями. Большая часть факторов риска стоматологической патологии, в том числе и воспалительных заболеваний периодонта, связана с образом жизни человека. В стоматологии выделен ряд компонентов образа жизни, которые, по данным ВОЗ, являются наиболее значимыми для сохранения здоровья полости рта. Регулярный и тщательный уход за полостью рта, сбалансированное питание, своевременная консультативная помощь врача, активное участие в предлагаемых им профилактических мероприятиях — признаки здорового образа жизни, в формировании которого стоматолог в сотрудничестве с другими специалистами принимает активное участие.

По данным ВОЗ, неразумное поведение людей в отношении своего здоровья обусловлено незнанием причин и условий возникновения патологии, непониманием личной ответственности за качество собственной жизни и жизни детей. Санитарное просвещение, которое заключается в предоставлении населению познавательных возможностей для самооценки и выработки поведения, максимально исключающего факторы риска и поддерживающего приемлемый уровень здоровья, является профессиональной обязанностью каждого врача. Задачи санитарного воспитания тесно связаны с мотивацией — совокупностью психологических факторов, определяющих выбор поведения.

Изменение внутренней мотивации пациента можно достигнуть с помощью общения. Поэтому в процессе общения важную роль играют выражение лица, интонации, жесты, профессиональные качества врача (научность, аргументированность, логичность информации), заинтересованное отношение к проблемам пациента. Врач должен искренне верить в то, о чем говорит, иметь горячее желание убедить пациента в пользе и необходимости предлагаемых изменений. Врач должен уметь общаться с родителями детей. Основными темами образовательных программ для родителей являются факторы риска стоматологических заболеваний, актуальные для детей, и способы их устранения. Просветительская работа с детьми должна соответствовать требованиям возрастной психологии и педагогики. Изменение поведения, формирование хорошей привычки (систематическая чистка зубов) — длительный и сложный процесс, требующий заинтересованности обеих сторон в достижении успеха.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

На практическом занятии студент должен принять одного тематического пациента, используя в ходе приема полученные теоретические знания. При приеме пациентов выявляются жалобы, собирается анамнез жизни и заболевания у ребенка и родителей, проводится полное стоматологическое обследование пациента с занесением данных в историю болезни. Студент должен провести внешний осмотр: осмотреть полость рта, оценить состояние периодонта, клиническое состояние десны, дать оценку состояния десны с помощью гингивальных индексов, оценить уровень гигиены полости рта, выявить факторы риска возникновения гингивита. После постановки диагноза студент должен составить план лечения и профилактики стоматологических заболеваний, выявленных у пациента, выполнить необходимый этап лечения. Студент должен провести мотивацию ребенка и его родителей к ежедневной качественной гигиене полости рта, подобрать средства гигиены полости рта с учетом возраста ребенка и потребностей, обучить технике чистки зубов.

Студент должен выписать рецепты, заполнить карту амбулаторного больного, назначить следующий визит пациента, при необходимости взять на диспансерный учет.

Задание:

1. По ситуационным задачам составить план лечебных и профилактических мероприятий.
2. Выписать лекарственные препараты, которые могут быть использованы для лечения гингивита.
3. Составить перечень зубных паст, обладающих антисептическим действием.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Ребенку 11 лет. Жалобы на кровоточивость десны при чистке зубов в течение месяца. К врачу не обращался. Зубы чистит нерегулярно.

Объективно: десневые сосочки и краевая десна в области всех зубов гиперемированы, отечны, имеют округлую форму. При зондировании десневого желобка появляется кровоточивость. Тесное положение зубов 33, 32, 31, 41, 42, 43. GI = 1,2; ОНI-S = 2,5. КПУЗ = 2.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 2. Ребенку 13 лет. Жалобы на увеличение размеров десны и кровоточивость при чистке зубов и приеме жесткой пищи. Чистит зубы нерегулярно.

Объективно: десневые сосочки и краевая десна гиперемированы, с цианотичным оттенком. Десна в области зубов 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44 увеличена в размере, десневые сосочки перекрывают коронки зубов на $\frac{1}{2}$, имеют шарообразную форму. При зондировании десневого желобка отмечается кровоточивость. ОНI-S = 2,8.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 3. Ребенку 5 лет. Жалобы на увеличение размеров десны. Ребенок болен эпилепсией, находится на диспансерном учете у невропатолога. Зубы чистит регулярно, два раза в день после приема пищи.

Объективно: десна в области верхних резцов и клыков увеличена в размере, покрывает $\frac{1}{2}$ высоты коронок зубов, бледно-розовая, плотная, не кровоточит. РLI-1,2; кпуз = 3, полость рта санирована, прикус нейтральный.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 4. Ребенку 9 лет. Жалоб на боль не предъявляет, обратился с целью профилактического осмотра. Зубы чистит не регулярно.

Объективно: десневые сосочки и краевая десна в области всех зубов гиперемирована, отечна, при зондировании десневого желобка отмечается кровоточивость. У зуба 31 отмечается обнажение корня на 2 мм. Высота прикрепленной десны 3 мм. Тесное положение зубов 32, 31, 41, 42. ОНI-S = 2,0. РМА = 36 %. КПУЗ + кпуз = 2 + 4.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 5. Девочка 14 лет обратилась с жалобами на боль в десне при приеме соленой и горячей пищи.

Объективно: на вестибулярной поверхности десны в области зубов 13, 12, 11 участок десквамации эпителия неправильной формы, ярко-красного цвета, с кровоточащей, болезненной поверхностью. КПУЗ = 2; ОНI-S = 2,8. GI = 1,9.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 6. Ребенку 4 года. Со слов матери, 2 дня назад повысилась температура до 37,3 °С, появилась боль при приеме пищи, кровоточивость десны, высыпания в полости рта.

Объективно: кожа лица чистая, подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, на слизистой верхней губы и мягкого неба — единичные болезненные эрозии. Десневые сосочки и краевая десна гиперемированы, отечны, кровоточат при дотрагивании.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Колесов, А. А. Стоматология детского возраста / А. А. Колесов. М. : Медицина, 1991. С. 290–294.

Дополнительная

2. Грудянов, А. И. Заболевания пародонта / А. И. Грудянов. М. : Медицинское информационное агентство, 2009. 336 с.

3. Грудянов, А. И. Планирование лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях пародонта / А. И. Грудянов, И. Ю. Александровская. М. : Медицинское информационное агентство, 2010. 56 с.

4. Артюшкевич, А. С. Клиническая периодонтология : практ. пособие / А. С. Артюшкевич, Е. К. Трофимова, С. В. Латышева ; под ред. А. С. Артюшкевича. Минск : Ураджай, 2002. 303 с.

5. Курякина, Н. В. Стоматология детского возраста : учеб. / Н. В. Курякина. М. : Медицинское информационное агентство, 2006. С. 357–396.

6. Попруженко, Т. В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова. М. : МЕДпресс-информ, 2009. С. 280–321.

7. Стоматология детей и подростков : пер. с англ. / под ред. Р. Е. Мак-Дональда, Д. Р. Эйвери. М. : Медицинское информационное агентство, 2003. С. 425–462.

8. Стоматология детского возраста : рук. для врачей / Т. Ф. Виноградова [и др.] ; под ред. Т. Ф. Виноградовой. М. : Медицина, 1987. С. 398–402, 410–418.

9. Терапевтическая стоматология детского возраста / под ред. Л. А. Хоменко. 2-е изд. Киев : Книга плюс, 2010. С. 550–636.

10. Хамитова, Н. Х. Клиника, диагностика и лечение заболеваний пародонта в детском возрасте / Н. Х. Хамитова, Е. В. Мамаева. Казань : Медлитература, 2009. 192 с.

11. Oral lactobacilli in chronic periodontitis and periodontal health : species composition and antimicrobial activity / P. Koll-Klais [et al.] // Oral. Microbiol. Immunol. 2005. № 20(6). P. 354–361.

12. Decreased gum bleeding and reduced gingivitis by the probiotic Lactobacillus reuteri / P. Krasse [et al.] // Swed. Dent. J. 2006. № 30(2). P. 55–60.

13. Sookkhee, S. Lactic acid bacteria from healthy oral cavity of Thai volunteers : inhibition of oral pathogens / S. Sookkhee, M. Chulasiri, W. Prachyabrued // J. Appl. Microbiol. 2001. № 90(2). P. 172–179.

14. Probiotic Lactobacillus spp. diminish Helicobacter hepaticus-induced inflammatory bowel disease in interleukin-10-deficient mice / J. A. Pena [et al.] // Infect. Immun. 2005. № 73(2). P. 912–920.

15. Anti-inflammatory effects of Lactobacillus brevis on periodontal disease / D. N. Riccia [et al.] // Oral. Dis. 2007. № 13(4). P. 376–385.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Определение и классификация гингивита	5
Этиология гингивита.....	6
Патогенез гингивита.....	8
Диагностика гингивита	9
Острый гингивит.....	12
Хронический простой маргинальный гингивит	13
Гиперпластический гингивит	13
Гиперпластический (гипертрофический) гингивит в период полового развития	15
Дифенин-индуцированное разрастание тканей десны (фенитоин-индуцированный гингивит)	16
Скорбутический (цинготный) гингивит.....	17
Фиброматоз десен.....	17
Десквамативный гингивит.....	18
Рецессия десны	19
Лечение гингивита у детей	21
Особенности лечения гиперпластического гингивита	24
Особенности лечения десквамативного гингивита	25
Диспансеризация детей с гингивитом	25
Принципы профилактики воспалительных заболеваний десны.	
Роль санитарного просвещения	26
Задание для самостоятельной работы	27
Самоконтроль усвоения темы	27
Литература.....	29

Учебное издание

Терехова Тамара Николаевна
Мельникова Елена Ивановна
Минченя Ольга Вениаминовна
Шаковец Наталья Вячеславовна

ГИНГИВИТЫ У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. Н. Терехова
Редактор И. В. Дицко
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 31.05.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,53. Тираж 150 экз. Заказ 759.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.