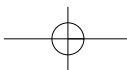
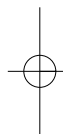
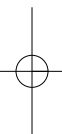


# **АТЛАС ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ У ДЕТЕЙ**



УДК 613.31:616-053.2

ББК 56.6я73

В49

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Рецензенты:*

**И.М.Макеева** — зав. кафедрой терапевтической стоматологии ММА им. И.М.Сеченова, профессор;

**Л.Н.Максимовская** — зав. кафедрой стоматологии общей практики факультета повышения квалификации МГМСУ, главный детский стоматолог Министерства здравоохранения и социального развития РФ, профессор.

### **Виноградова Т.Ф.**

В49 Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей : учебн. пособие / Т.Ф.Виноградова. — 2-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2010. — 168 с. : ил. + 1 CD.  
ISBN 5-98322-584-7

Основу настоящего цветного атласа стоматологических заболеваний у детей, впервые изданного в нашей стране, составляют более 350 иллюстраций из богатой коллекции слайдов и рентгенограмм, собранных автором в течение многолетней профессиональной и научной деятельности в области детской стоматологии.

Учебное пособие состоит из введения и четырех глав, посвященных соответственно заболеваниям краевого пародонта, болезням слизистой оболочки рта, порокам развития и кариесу зубов. Каждая глава и большинство подглав снабжены краткими введениями, в которых в сжатой форме излагаются сведения об этиологии, эпидемиологии и клинической проблематике темы раздела.

К книге прилагается компьютерный компакт-диск с иллюстративным материалом, который может использоваться в качестве наглядного пособия при проведении докладов, лекций, семинарских занятий и др. Для студентов медицинских стоматологических вузов и факультетов, врачей-стоматологов.

УДК 613.31:616-053.2

ББК 56.6я73

ISBN 5-98322-584-7

© Виноградова Т.Ф., 2007

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2007

## Оглавление

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	7
<b>ГЛАВА I. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА</b> .....	9
Гингивит .....	13
Пародонтит .....	16
Локализованный пародонтит .....	16
Быстро прогрессирующий агрессивный пародонтит .....	21
Пародонтоз .....	25
Пародонтомы .....	27
Пародонтит, ассоциированный с системными заболеваниями ребенка .....	29
Пародонтальный синдром при наследственной нейтропении .....	29
Пародонтальный синдром при X-гистиоцитозах .....	32
Пародонтальный синдром при сахарном диабете .....	34
Пародонтальный синдром при ладонно-подошвенном дискератозе .....	36
Пародонтальный синдром при гипофосфатазии .....	40
Пародонтальный синдром при гипофосфатемии .....	42
<b>ГЛАВА II. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА</b> .....	43
Вирусные заболевания слизистой оболочки рта .....	48
Герпетический стоматит .....	48
Инфекционно-аллергические заболевания .....	53
Рецидивирующие афты .....	53
Рубцующийся стоматит Сеттона .....	54
Синдром Мелькерссона—Розенталя—Россолимо .....	56
Изменения слизистой оболочки рта у подростков в период становления гормонального статуса .....	57
Заболевания и аномалии прикрепления языка .....	59
Заболевания губ .....	64
<b>ГЛАВА III. АНОМАЛИИ СТРОЕНИЯ И ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ</b> .....	69
Аномалии числа, формы и цвета зубов .....	72
Врожденное полное или частичное отсутствие зубов .....	72
Сверхкомплектные и ретинированные зубы .....	76
Макродонтия .....	83
Микродонтия .....	86
Зуб в зубе .....	87
Зубы, измененные в цвете .....	88
Флюороз .....	91
Системная неспецифическая гипоплазия тканей молочных и постоянных зубов .....	94
Системная неспецифическая гипоплазия тканей молочных зубов .....	94
Системная неспецифическая гипоплазия постоянных зубов .....	97
Очаговая гипоплазия тканей молочных и постоянных зубов .....	101
Несовершенный амелогенез .....	103
Несовершенный дентиногенез .....	106

Пороки развития зубов при системных заболеваниях и синдромах . . . . .	108
Эктодермальная дисплазия . . . . .	108
Несовершенный остеогенез . . . . .	110
Черепно-ключичный дизостоз, или клейдокраниальная дисплазия . . . . .	111
Синдром Стейнтона–Капдепона . . . . .	114
Синдром Майера–Швикерат–Вейерса . . . . .	116
Синдром Петерса–Хевельса . . . . .	117
Синдром Франческетти . . . . .	118
<b>ГЛАВА IV. КАРИЕС МОЛОЧНЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ПУЛЬПИТЫ И ПЕРИОДОНТИТЫ . . . . .</b>	<b>119</b>
Кариес зубов . . . . .	121
Кариес молочных зубов . . . . .	129
Пульпиты и периодонтиты молочных и постоянных зубов . . . . .	130
Взаимоотношения корней молочных и зачатков постоянных зубов . . . . .	132
Периодонтиты молочных зубов . . . . .	136
Хронический остит и осложнения, вызванные им . . . . .	138
Пульпиты постоянных зубов . . . . .	145
Периодонтиты постоянных зубов . . . . .	147
<b>АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ . . . . .</b>	<b>162</b>

## Предисловие

Рассматривая учебники по стоматологии детского возраста, вышедшие в последние годы, я обратила внимание на то, что при хорошем изложении причин заболеваний, логичного механизма развития патологии и обоснованного лечения, в учебниках очень мало иллюстраций, а те, которые есть, часто представлены в черно-белом варианте.

На фоне современных иностранных книжек наши учебники, несмотря на высокий уровень содержания, проигрывают, да и обучающий эффект без иллюстраций оказывается недостаточным.

В связи с этим мне и пришла идея на основании своей коллекции составить цветной атлас стоматологических заболеваний у детей и по возможности показать детским стоматологам, а может быть, и стоматологам общего профиля и педиатрам многообразие стоматологических заболеваний у детей, их проявление в разные возрастные периоды жизни и неразрывную связь с общесоматическими заболеваниями. При этом я не ставила своей задачей создать «детскую стоматологию в картинках», так как намеревалась использовать только собственный материал, который располагала в соответствии с его принадлежностью к принятой в детской стоматологии структуре заболеваний.

Изложение материала я начала с заболеваний пародонта — патологии, частота которой в структуре стоматологической патологии невелика, однако своевременная диагностика болезней пародонта, а также их эффективная профилактика играют очень большую роль в эпоху фактического отсутствия радикального лечения заболеваний пародонта у взрослых.

При подготовке введений в каждый раздел атласа я не стремилась делать аналитический обзор литературы (тогда это был бы уже не атлас), а пыталась предста-

вить свой взгляд на проблему, иногда не совпадающий с мнением моих коллег по специальности. Каждое введение я попыталась сделать максимально кратким, чтобы избежать повторения учебника.

В то же время в предисловии к разделу, посвященному кариесу зубов, я позволила себе наиболее подробно изложить взгляд на проблему. И не только потому, что эта тема очень близка мне, а главным образом потому, что в учебниках по детской терапевтической стоматологии при обсуждении проблемы кариеса все внимание концентрируется на кариозной полости, ее глубине, локализации и т.д., в то время как клиническое разнообразие кариозного дефекта и его локализация определяются активностью всего патологического процесса — кариеса зубов. Одна и та же локализация кариозной полости при разной степени активности кариеса выглядит по-разному.

Ортодонты в своих учебниках эту проблему вообще не обсуждают, хотя, используя несъемную ортодонтическую аппаратуру, не учитывая активности кариеса, подвергают серьезному риску эмаль зуба.

Мало внимания уделяется активности кариеса в детских коллективах при определении сроков повторных осмотров детей, использовании средств профилактики и др. Очень мало детей при посещении стоматолога получают индивидуальную программу профилактики, основанную на степени активности кариеса.

Методы лечения, так же как и их результаты, я не представила в атласе умышленно, и прежде всего потому, что многим наблюдениям более 30 лет, тогда, несмотря на достигаемые результаты, и лечили не так, и лекарства были не те, да и результаты не такие, как сейчас. А заболевания, о которых идет речь, практичес-

ки мало изменились, типичные их проявления в полости рта остались такими же.

Все иллюстрации подлинные — преимущественно это мои пациенты, которых я лечила, консультировала, наблюдала в период моей работы в ЦИТО, в детской клинической больнице №13 им. Н.Ф.Филатова и городском консультативном центре 26-й детской стоматологической поликлиники г. Москвы в мою бытность служения кафедре детской стоматологии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей.

В основу понимания клинических аспектов детской стоматологии легли научные исследования сотрудников кафедры и выводы, сформулированные в их диссертационных работах. Теперь большинство из них стали доцентами и профессорами и не изменили идеалам детской стоматологии.

Я с благодарностью и гордостью сегодня называю их фамилии: доценты

О.П.Максимова, А.В.Винниченко, Н.Г.Снагина, Л.Н.Дроботько, Н.Л.Казанцев, Е.А.Сальковская, Е.Б.Ростокина, И.Н.Никифорова, Е.В.Батанова; профессора Э.М.Мельниченко, Н.В.Морозова, Т.Н.Терехова, Х.С.Мергимбаева, Е.Е.Масляк, Р.М.Мамедов, И.А.Паделка, И.А.Казанцева, Г.И.Саблина, И.И.Гениатуллин, А.Хаммадеева и др.

Каждый из них, рассматривая этот атлас, вспомнит наши еженедельные консультации и обязательно узнает «своих» пациентов.

Я благодарна всем, кто помог мне собрать эту коллекцию.

Особая благодарность главным врачам детской стоматологической поликлиники №26 Г.А.Блехеру и Н.М.Елкиной — поликлиники, которая почти 25 лет была родным домом кафедры.

*С уважением  
Т.Ф.Виноградова*

**Глава I**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО  
ПАРОДОНТА**

Заболевания краевого пародонта у детей при массовых осмотрах выявляются в небольшом проценте случаев, и это не сопоставимо с распространенностью патологии твердых тканей зуба, составляющей более 90%.

Кроме этого, большинству заболеваний краевого пародонта не свойственны яркие симптомы. Как правило, отсутствуют болевые ощущения, а гиперемия, отек и повышенная кровоточивость десен не всегда воспринимаются серьезно.

В то же время ранняя диагностика патологии краевого пародонта является очень важной, ибо своевременное устранение ряда причин, таких как тесное положение зубов, аномалии прикрепления мягких тканей к челюсти и др., является надежной мерой предупреждения прогрессивного развития болезни, которая в развившемся состоянии может потребовать комплексного дорогостоящего лечения, которое может и не привести к желаемому результату.

Наряду с этим патология краевого пародонта может проявляться в виде симптомов ряда общих заболеваний ребенка, своевременная диагностика которых, так же как и рано начатое лечение, позволит сохранить эстетику и функциональную ценность зубов на долгие годы.

Клиническое развитие заболеваний краевого пародонта у детей имеет много отличий от подобных патологических процессов у взрослых, и это объясняется тем, что у детей эти процессы протекают в морфологически и функционально незрелых тканях, способных неадекватно и во всяком случае не тождественно реагировать на аналогичные причины, способные вызвать заболевания пародонта у взрослых. Кроме того, большое значение в патогенезе клинических форм болезни у детей имеют диспропорции роста и созревания структур организма ребенка.

Диспропорции роста и созревания могут возникать как внутри системы, объединенной единством функции (зуб, пародонт, альвеолярная кость, челюсть и т.д.), так и в структурах и системах, обеспечивающих и приспособляющих весь организм к внешним условиям от рождения до старости (эндокринная, иммунная системы и др.).

Эта гетерохронность созревания структур и формирования функций у детей обуславливает возникновение ювенильных хронических гингивитов, пародонтитов и пародонтомы, которые возникают в результате временной, преходящей функциональной ювенильной гипертонии, ювенильного нарушения углеводного обмена (юношеский диабет, диэнцефальный синдром и др.).

Указанные отклонения в состоянии пародонта (гингивиты, пародонтиты, пародонтомы) способны бесследно исчезать под влиянием минимальных вмешательств или, несмотря на ликвидацию причин, инициирующих их, приобретать характер самостоятельного прогрессирующего заболевания.

Классификацию заболеваний пародонта у детей в нашей стране впервые приняли в 1983 г. по представлению кафедры детской стоматологии ЦИУ. Эта классификация до сих пор наиболее широко используется в практических учреждениях. В соответствии с этой классификацией выделяют гингивиты, пародонтиты, пародонтомы, идиопатические заболевания и синдромы. По мере углубленного изучения проблемы по предложению ВОЗ идиопатические заболевания краевого пародонта с прогрессирующим лизисом тканей определены как быстро прогрессирующие агрессивные формы, в этиологии которых выделена группа микроорганизмов, действующих на фоне сниженного иммунитета.



## **Классификация заболеваний краевого пародонта у детей**

### **I. Гингивит**

Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный\*.

### **II. Пародонтит**

Течение: хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия.

Степень тяжести: легкая, средняя, тяжелая\*\*.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

### **III. Пародонтоз**

Степень тяжести: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

### **IV. Быстро прогрессирующий агрессивный пародонтит**

Степень тяжести: средняя, тяжелая.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

### **V. Пародонтомы**

Эпулид, гипертрофия десен гормонального характера, наследственная гипертрофия десен, симметричная фиброма.

### **VI. Пародонтит, ассоциированный с системными заболеваниями ребенка**

Пародонтальный синдром при системных заболеваниях.

\* Если в патологический процесс вовлечен пародонт менее чем 30% всех поверхностей зубов, то он квалифицируется как локализованный. Если более 30% — то как генерализованный.

\*\* В зависимости от клинической подвижности зубов, а также глубины патологических зубодесневых карманов выделяют легкую форму (1–2 мм), среднетяжелую (3–4 мм) и тяжелую (глубже 5 мм).

## Гингивит

Гингивит – это заболевание десны, протекающее с преобладанием воспаления и не сопровождающееся деструктивными изменениями зубодесневого соединения кости лунки и альвеолярного отростка, регистрируемыми рентгенологически.

Гингивит как самостоятельное заболевание в острой и хронической форме, в виде катарального, язвенного и пролиферативного воспаления, ограниченного или генерализованного характера может возникнуть вследствие бактериальной и вирусной инфекции, местной аллергической реакции, негигиенического содержания полости рта, а также в результате проявления различных диспро-

порций роста челюстей и неадекватной реакции функционально незрелой ткани на обычные раздражители. В то же время гингивит в острой и хронической форме, в виде катарального, язвенного и пролиферативного воспаления, ограниченного и генерализованного характера может быть симптомом при остром герпетическом стоматите, авитаминозах, эндокринных нарушениях в пубертатном периоде, у больных с некоторыми системными заболеваниями, находящимися на специальном лечении, при заболеваниях ЦНС, а также как клинический симптом пародонтита разной степени тяжести при системных заболеваниях.



1.1

### 1.1. Острый катаральный гингивит.

Десневые сосочки и край десны отечны, гиперемированы, легко кровоточат. Такое состояние десны сопутствует большинству инфекционных и вирусных заболеваний ребенка. Острый гингивит и подчелюстной лимфаденит часто предшествуют и сопутствуют острому герпетическому стоматиту, переходя в язвенный гингивит при затяжном и тяжелом течении болезни. Катаральный гингивит может сохраняться в течение 10–12 дней после эпителизации элементов поражения при ОГС.



1.2

### 1.2. Хронический катаральный гингивит пубертатного возраста, усугубляющийся плохой гигиеной полости рта.

Ребенку 14 лет, постоянный прикус.



1.3

### 1.3. Хронический катаральный гингивит.

Степень вовлечения десны в воспалительный процесс определяется с помощью пробы Шиллера–Писарева. После смазывания десневого края йодсодержащим раствором участки десны с хроническим воспалением окрашиваются в темно-коричневый цвет за счет прижизненной окраски гликогена десны, количество которого увеличивается при воспалении. Необходимо учитывать, что у детей количество гликогена в десневой ткани увеличено.



1.4

### 1.4. Язвенный гингивит Венсана.

Десна гиперемирована, отечна, по краю десны язвенно-некротический процесс. В области центрального и бокового резцов верхней челюсти гибель тканей десневого сосочка, раневая поверхность покрыта серым налетом. Заболевание сопровождается повышением температуры и подчелюстным лимфаденитом. Чаще болеют дети пубертатного возраста.

### 1.5. Хронический гипертрофический гингивит юношеского возраста.

В период становления гормонального статуса происходит хаотическое выделение половых гормонов. Явление гиперплазии десны наблюдается чаще при преобладании эстрогенов, явление десквамации возникает в случаях преобладания прогестерона.



1.5

### 1.6. Хронический гипертрофический гингивит юношеского возраста.

Развитию хронического юношеского гингивита способствуют плохая гигиена полости рта и наличие кариозных зубов.



1.6

### 1.7. Хронический гипертрофический гингивит юношеского возраста.

Воспаление и гиперплазия десны при юношеском гингивите обуславливают наличие ложного десневого кармана, составной частью которого становится эмаль коронки зуба. Отсутствие лечения гингивита может привести к кариозному разрушению пришеечной части зуба и кариесу корня.



1.7

### 1.8. Хронический гипертрофический гингивит юношеского возраста.

Хронический гипертрофический гингивит юношеского возраста на фоне повышения прогестеронов развивается с преобладанием десквамации эпителия.



1.8

## Пародонтит

Пародонтит — это воспалительный процесс, в который вовлечен весь комплекс тканей пародонта. Заболевание может протекать в форме генерализованного и локализованного процесса.

### **Локализованный пародонтит**

*Локализованный пародонтит* рассматривают как самостоятельное поражение, возникающее вследствие преимущественно местнодействующих причин: тесного положения зубов, аномального соотношения челюстей и аномалий прикрепления мягких тканей к скелету лица в виде мощных щечно-десневых связок уздечек губ и языка, мелкого преддверия рта.

Патогенез локализованного пародонтита, обусловленного аномалиями прикуса, функциональной недостаточностью и перегрузкой тканей пародонта, расшифрован недостаточно и главным образом на основе данных экспериментальных исследований.

Установлено, что пусковым механизмом патологического процесса является нарушение кровообращения. В начальных стадиях заболевания обнаруживается гиперемия сосудов десны, периодонта и костномозговых пространств. По мере

прогрессирования процесса формируются деструктивные явления в виде разрыхления и десквамации эпителия десны и десневых карманов, расширения периодонтального пространства, остеопластической резорбции кости лунки, раздражения перитерминальных отделов нервных волокон пародонта и т.д.

Клинические симптомы локализованного пародонтита особенно ярко проявляются в пубертатный период, когда состояние диспропорции роста челюсти сочетается с дисгармонией созревания функций эндокринной системы.

Различные виды аритмии в функционировании половых желез в пубертатном периоде у мальчиков и девочек обуславливают нарушение эволюции эпителия слизистой оболочки полости рта и десны, снижают ее защитные свойства и сопротивляемость к внешним воздействиям и усугубляют воспалительные и дистрофические процессы в пародонте.

В соответствии с тяжестью клинических проявлений выделяют пародонтит легкой, средней степени тяжести и тяжелый. Такое деление удобно для выбора метода лечения.

**1.9. Локализованный пародонтит.**

Воспалительный и дистрофический процессы в пародонте зубов, имеющих неадекватную нагрузку. Открытый прикус. Зубы смыкаются только на молярах. Сагиттальная щель – 10 мм.



1.9

**1.10. Локализованный пародонтит.**

В области тесного положения зубов и неравномерно нагруженного пародонта нижних резцов явления отека, гиперемии. Зубы слегка подвижны, при перкуссии – тупой звук, что свидетельствует о вовлечении в процесс десны, круговой связки зуба и тканей периодонта.



1.10

**1.11. Пародонтит в области нижних фронтальных зубов.**

Антериальный прикус. Воспаление и дистрофия тканей пародонта на ограниченном участке зубного ряда.



1.11

**1.12. Локализованный пародонтит.**

Перекрестный прикус. Пародонтит и отложение зубного камня в области неравномерно нагруженных зубов. Обратите внимание: на стороне физиологического соотношения зубов верхней и нижней челюстей гингивит отсутствует.



1.12

**Виноградова Тамара Федоровна**  
**АТЛАС ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ**  
**ЗАБОЛЕВАНИЯМ У ДЕТЕЙ**

*Учебное пособие*

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*  
Ответственный редактор: *О.А.Эктова*  
Корректор: *Е.Ю.Косенкова*  
Компьютерный набор и верстка: *Д.В.Давыдов*

ISBN 5-98322-584-7



Лицензия ИД № 04317 от 20.04.01 г.  
Подписано в печать 04.02.10. Формат 70×100/16.  
Бумага мелованная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 13,65.  
Гарнитура Таймс. Тираж 1500 экз. Заказ №О-90

Издательство «МЕДпресс-информ».  
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3  
E-mail: office@med-press.ru  
www.med-press.ru

Отпечатано в ОАО ПИК «Идел-Пресс»  
в полном соответствии с качеством предоставленных материалов.  
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2