

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Символы *, ‡ означают, что снимки принадлежат одному и тому же больному.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Незаращение спаек губ (рис. 10.1). Для незаращения спаек губ характерно наличие ямки в области углов рта. Ямка может быть на одной или обеих сторонах и обычно располагается на переходной кайме губ. Диаметр ямки обычно не превышает 4 мм. Аномалия происходит в результате нарушения слияния в эмбриональном периоде верхнечелюстного и нижнечелюстного отростков. Незаращение спаек губ чаще наблюдают у мужчин, причём распространённость этой патологии у детей и у взрослых различна. Так, у детей его выявляют менее чем в 1% случаев, в то время как у взрослых — в 10%. Такое расхождение в распространённости свидетельствует о том, что незаращение спаек губ может быть не только врождённым, но и результатом неправильного развития. Анализ семейных случаев этой патологии выявил возможность наследования её по аутосомно-доминантному типу. Лечение обычно не требуется.

Парамедианное незаращение губы (рис. 10.2). Парамедианное незаращение губы — врождённая аномалия в виде ямки на нижней губе. Причина аномалии, по-видимому, — нарушение регрессии латеральных борозд мандибулярной дуги на 6-й неделе внутриутробного развития. Парамедианное незаращение часто бывает двусторонним, симметричным, а дефекты имеют возвышающиеся округлённые края. Однако описаны случаи, когда незаращение было односторонним. При осмотре выявляют «запечатанное» углубление, из которого может выделяться слюна с богатым содержанием муцина. Парамедианное незаращение часто наследуется по аутосомно-доминантному типу и сочетается с расщелиной губы или расщелиной нёба. Сочетанная аномалия развития известна под названием синдрома Вандер-Вуда. Ген, ответственный за парамедианное незаращение губы, характеризуется вариабельной пенетрантностью. У некоторых пациентов-носителей аномального гена ямки могут быть почти незаметными или подслизистыми, в то время как у их детей аномалия выражена в полной мере. Необходимость в хирургической коррекции пара-

медианного незаращения губы возникает лишь в тех случаях, когда косметический дефект неприемлем для больного. Врачу следует также выяснить, нет ли подобной аномалии или расщелины губы или нёба у кого-либо из членов семьи больного и осмотреть их.

Расщелина губы (рис. 10.3 и 10.4). Расщелина губы — следствие её неправильного развития в эмбриональном периоде. Наиболее часто поражается верхняя губа. Расщелина верхней губы происходит в тех случаях, когда нарушается слияние медиальных носовых отростков с латеральной частью верхнечелюстного отростка первой жаберной дуги. В норме такое слияние происходит на 6-й или 7-й неделе эмбрионального развития.

С расщелиной губы рождается 1 из 900 детей, её чаще встречают в странах Азии и у коренного населения Америки. У мужчин эту аномалию развития наблюдают более часто, чем у женщин, и она обычно бывает более выражена. Примерно в 85% случаев незаращение губы бывает односторонним, в 15% — двусторонним. Срединное незаращение губы как следствие нарушения слияния правого и левого носового отростков встречают редко. Степень выраженности незаращения губы бывает разной. Небольшую расщелину, не переходящую на нос, называют неполной расщелиной верхней губы. Иногда такая расщелина имеет вид небольшой выемки на губе. При полной расщелине она в 45% случаев переходит на структуры носа и часто сочетается с расщелиной нёба. Незаращение губы и нёба может быть обусловлено также мутацией генов развития, которая наследуется как по аутосомно-доминантному и аутосомно-рецессивному типу, так и сцеплено с X-хромосомой. Причиной генетических нарушений могут быть курение и приём некоторых препаратов (например, противосудорожных) в период беременности.

Расщелина нёба (рис. 10.5–10.8). Нёбо развивается из первичного и вторичного нёба. Первичное нёбо образуется в результате слияния правого и левого медиальных носовых отростков. Оно представляет собой небольшое треугольной формы образование, которое состоит из кости, соединительной ткани, губного и нёбного эпителия и зачатков четырёх резцов. Вторичное нёбо обра-

зуются при слиянии нёбных пластинок верхнечелюстных отростков. Оно происходит на 8-й неделе эмбрионального развития на фоне расправления нижней челюсти, в результате которого язык перемещается вниз, создавая условия для роста нёбных пластинок навстречу друг другу. Нёбные пластинки сливаются с первичным нёбом, и это слияние продолжается кзади. Если не считать заднего отдела мягкого нёба и нёбного язычка, слияние нёба обычно завершается к 12-й неделе беременности.

Нарушение процесса слияния нёбных отростков приводит к образованию расщелины. Расщелина может охватывать только мягкое нёбо, только твёрдое нёбо, мягкое и твёрдое нёбо, мягкое и твёрдое нёбо с альвеолярным отростком и верхней губой. Незаращение нёба без расщелины верхней губы наблюдают в 30% случаев.

Расщепление нёбного язычка — небольшая расщелина задней части мягкого нёба. Его чаще встречают у уроженцев Азии и коренных жителей Америки. С этой аномалией развития рождается 1 из 250 детей. Для **подслизистой расщелины нёба** характерно наличие расщелины между мышцами мягкого нёба при сплошной слизистой оболочке. Пальпаторно в области расщелины определяют ямку. Эта аномалия развития может сочетаться с расщеплением нёбного язычка. **Неполная расщелина нёба** — небольшая щель в твёрдом или мягком нёбе, создающая сообщение между полостью рта и полостью носа. При **полной расщелине нёба** она достигает резцового отверстия. Триада признаков, включающая расщепление нёба, микро- и ретрогнатию нижней челюсти и глоссоптоз (смещение языка назад), известна как синдром Пьера Робена. Эта сочетанная аномалия развития характеризуется выраженным нарушением дыхания.

Расщелина губы и нёба часто сочетается с расщеплением альвеолярного отростка, отсутствием зубов (наиболее часто — латеральных резцов), аномалиями их положения, иногда увеличением количества. Расщелина нёба вызывает выраженное нарушение прикуса, артикуляции, затрудняет приём пищи. Лечение требует участия многих специалистов, в частности педиатра, детского стоматолога, челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, логопеда. Операцию при незаращении губы обычно выполняют одновременно в раннем детском возрасте, в то время как при незаращении нёба хирургическую реконструкцию выполняют в несколько этапов, учитывая рост твёрдого нёба.

Врождённый эпюлис (рис. 11.1). Врождённый эпюлис новорождённых — доброкачественное

полиповидное образование, исходящее из беззубого альвеолярного отростка и локализующееся обычно на передней поверхности верхней челюсти. Врождённый эпюлис у девочек встречается в 10 раз чаще, чем у мальчиков. Эпюлис имеет розовый цвет и мягкую консистенцию и связан с альвеолярным отростком ножкой или широким основанием. На поверхности его заметны телеангиэктазии. Диаметр эпюлиса может достигать нескольких сантиметров. Эпюлис подлежит хирургическому иссечению. Рецидивов обычно не наблюдают. При гистологическом исследовании обнаруживают зернистые клетки. В 1 из 10 случаев эпюлисов бывает несколько.

Меланотическая нейроэктодермальная опухоль грудных детей (рис. 11.2). Меланотическая нейроэктодермальная опухоль грудных детей — доброкачественная нейробластическая опухоль, характеризующаяся быстрым ростом и обычно локализуемая на передней поверхности верхней челюсти. Частота опухоли не зависит от пола. Вначале она появляется в виде маленького розового или багрово-красного узелка, напоминающего кисту прорезывания. На рентгенограмме обычно видны локальная деструкция альвеолярного отростка в области опухоли и расположенный в ней первичный зачаток зуба. В крови больных повышен уровень ванилилминдальной кислоты. Лечение состоит в экономном иссечении опухоли. При гистологическом исследовании ткань опухоли часто пигментирована. Рецидив и метастазирование наблюдают редко.

Киста зубной пластинки (рис. 11.3). Остатки зубной пластинки, которые не развиваются в зубной зачаток, могут дегенерировать и превратиться в кисту. Классифицируют кисты зубной пластинки в соответствии с их локализацией. **Десневые кисты новорождённых** — крошечные белесоватые кисты, заполненные роговым веществом. Их обычно бывает несколько; после прорезывания зуба они исчезают. **Жемчужины Эпштейна** — эпидермальные кисты, образующиеся из эпителиальных включений, которые остаются в тканях в области нёбного шва в период слияния нёбных пластинок. **Узелки Бона** образуются из мелких слюнных желёз. Жемчужины и узелки обычно мелкие, плотные, имеют белесоватый цвет и могут располагаться небольшими скоплениями на любом участке твёрдого нёба. Кисты зубной пластинки можно вскрыть, если они самостоятельно не рассасываются.

Врождённые зубы (рис. 11.4). Врождённые, или неонатальные, зубы имеются у ребёнка при рождении или прорезываются в течение 30 дней после



Рис. 10.1. Незаращение спайки губ: вдавление в области спайки губ.

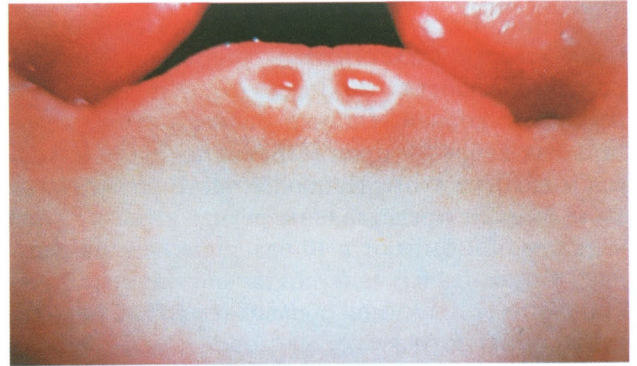


Рис. 10.2. Парамедианное незаращение губы в сочетании с незаращением верхней губы и нёба.

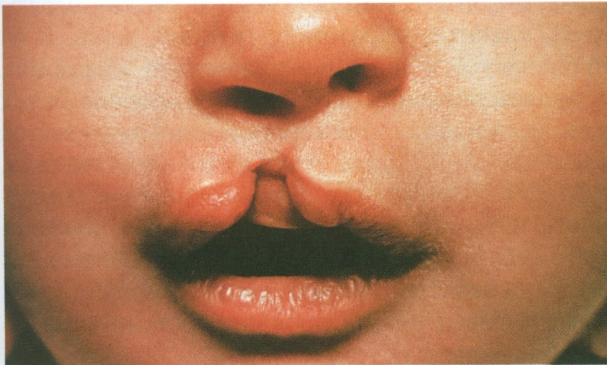


Рис. 10.3. Неполное незаращение верхней губы: редкий тип с расположением расщелины посередине.



Рис. 10.4. Двустороннее незаращение верхней губы.



Рис. 10.5. Расщепление нёбного язычка: расщелина незначительная.

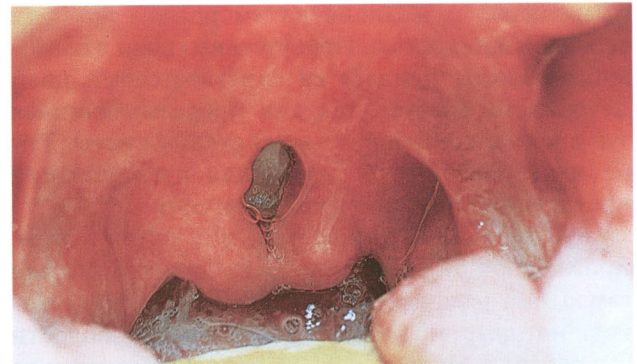


Рис. 10.6. Расщепление нёбного язычка: расщелина глубокая.

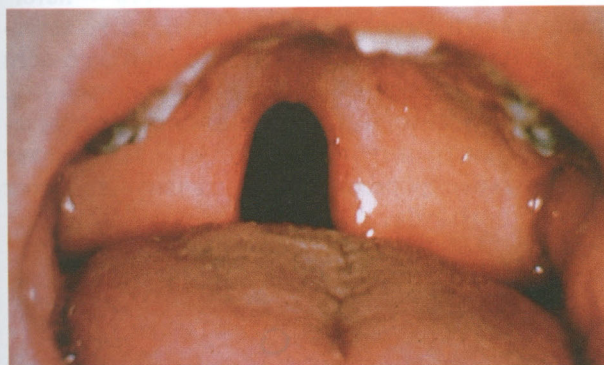


Рис. 10.7. Незаращение мягкого нёба.



Рис. 10.8. Незаращение верхней губы и нёба.

рождения. Некоторые неонатальные зубы являются «сверхкомплектными» и состоят лишь из рогового вещества и извести; они подвижны и не имеют корней. Однако большинство неонатальных зубов — преждевременно прорезавшиеся молочные зубы. Наиболее часто врождённые зубы бывают представлены резцами, на нижней челюсти они бывают в 10 раз чаще, чем на верхней. Описаны случаи, когда врождённые зубы становились причиной образования язвы на нижней поверхности языка (синдром Риги—Феде) в результате раздражения её при кормлении грудью. В таких случаях может встать вопрос об удалении этих зубов. Перед удалением следует сделать рентгеновский снимок, чтобы убедиться в том, что это действительно зуб, а не эпителиальное роговидное образование десны альвеолярного гребня («сверхкомплектный» зуб).

Киста прорезывания (десневая киста прорезывания, гематома прорезывания) (рис. 11.5). Киста прорезывания — мягкотканная разновидность зубной кисты, которая образуется вокруг коронки прорезывающегося зуба. Наиболее часто такая киста образуется у детей старше 10 лет. Она имеет небольшие размеры, куполообразную форму, прозрачна и расположена над прорезывающимся молочным зубом. Киста выстлана одонтогенным эпителием и заполнена геморрагической или серозной жидкостью. Присутствие крови в содержимом кисты придаёт ей синевато-серый цвет. Лечение не требует, так как прорезывающийся зуб в конце концов разрывает стенку кисты. Тем не менее небольшой разрез для дренирования кисты приносит пациентам облегчение.

Врождённая лимфангиома (рис. 11.6). Врождённая лимфангиома — доброкачественная гамартома расширенных лимфатических протоков, которые могут обнаруживаться в полости рта ребёнка. Наиболее часто она локализуется на языке, альвеолярном отростке и слизистой оболочке губ. У мужчин врождённая лимфангиома встречается в 2 раза чаще, чем у женщин. У 1 из 20 новорождённых афроамериканского происхождения обнаруживают одну или более лимфангиому. Лимфангиома имеет вид мягкой опухоли, не бледнеет при диаскопии. При поверхностном расположении она может быть представлена одиночной папулой (или узелком) или несколькими папу-

лами и узелками, имеющими различные оттенки от розового до тёмно-синего. При глубоком залегании лимфангиомы обычно отмечают диффузную припухлость без изменения цвета слизистой оболочки над ней. Большие лимфангиомы шеи называют кистозными гигромами. При локализации лимфангиомы в полости рта возможно её обратное развитие, но при отсутствии тенденции к уменьшению опухоль следует иссечь.

Кандидозный стоматит (молочница) (рис. 11.7). Кандидозный стоматит, одна из четырёх разновидностей кандидоза, — это грибковая инфекция слизистой оболочки полости рта, вызванная *Candida albicans*. Кандидозный стоматит наблюдают, главным образом, у грудных детей, и он проявляется в виде поверхностной инфекции, сопровождающейся образованием молочно-белых плёнок крошковидной консистенции на слизистой оболочке полости рта. Эти плёнки легко удаляют, при этом остаётся красная болезненная поверхность. Обычно поражается слизистая оболочка щёк, нёба и языка. К новорождённым инфекция часто передаётся от матери при прохождении через родовые пути и проявляется клинически в течение первых недель жизни. Кандидозный стоматит может сопровождаться повышением температуры тела и симптомами раздражения желудочно-кишечного тракта. Лечение состоит в местном применении противогрибковых препаратов.

Парулис, или флюс (рис. 11.8). Парулис — хроническая воспалительная реакция на бактериальную инфекцию, поддерживаемую нежизнеспособным зубом и приводящую к образованию свища. Парулис обычно наблюдают у детей, когда гнойная инфекция при воспалении пульпы задних зубов распространяется за пределы бифуркации. При осмотре выявляют небольшое выступающее флюктуирующее образование жёлто-красного цвета, расположенное в переходной складке десны вблизи поражённого зуба. Выделение гноя при надавливании на поражённую область — патогномоничный симптом парулиса. Боли не характерны, однако надавливание на ткани в области поражения и сам зуб может быть болезненным. При санировании очага инфекции парулис исчезает. Если устранить инфекцию не удаётся, может нарушиться прорезывание и дальнейший рост постоянного зуба.

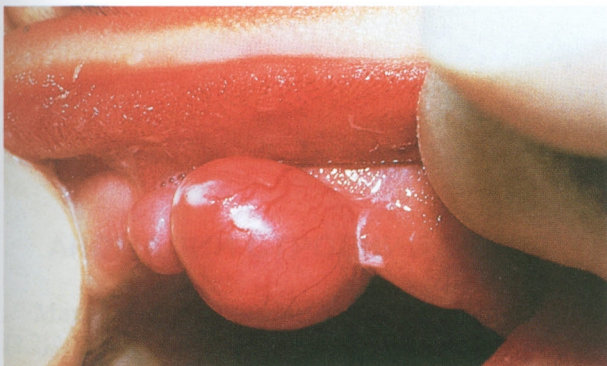


Рис. 11.1. Врождённый эпюлис у новорождённого: розовый узелок.



Рис. 11.2. Меланотическая нейроэктодермальная опухоль у грудного ребенка.



Рис. 11.3. Киста зубной пластинки и жемчужины Эпштейна.



Рис. 11.4. Неонатальные зубы: нижние резцы.



Рис. 11.5. Киста прорезывания: синеватый куполообразный флюктуирующий узелок.

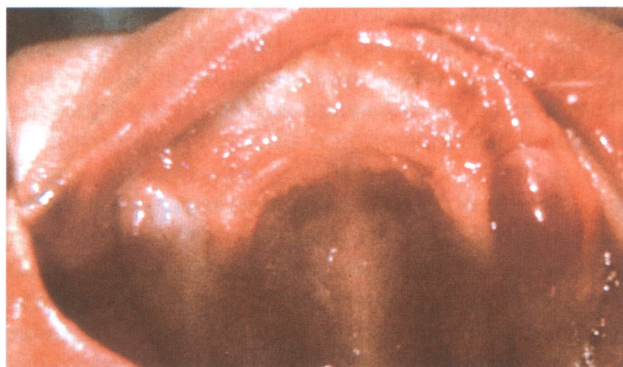


Рис. 11.6. Врождённая лимфангиома.



Рис. 11.7. Кандидозный стоматит, вызванный *Candida albicans*.

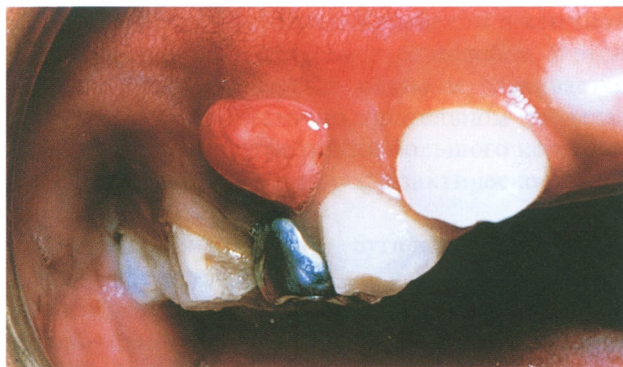


Рис. 11.8. Парулис: нежизнеспособный первый молочный большой коренной зуб.