



dr n. med. Wojciech Bednarz
Bartosz Sokołowski

Praca recenzowana

Ze Specjalistycznej
Przychodni Lekarskiej Medident
w Gorlicach ul. Okulickiego 19
Kierownik:
dr n. med. Wojciech Bednarz

Słowa kluczowe:

diagnostyka, kompleks
śluzówkowo-
dziąsłowy, wiek
rozwojowy

Key words:

Streszczenie:

Specyfika warunków śluzówkowo-dziąsłowych w wieku rozwojowym, które wraz ze wzrostem organizmu ulegają ciągłym przekształceniom wymaga od lekarza szczególnego postępowania diagnostycznego. Znajomość parametrów klinicznych oceniających te warunki jest niezbędna dla zapisania stanu faktycznego w danym momencie. Natomiast posiadanie wiedzy dotyczącej ich zmienności pomaga zaplanować działanie profilaktyczne i ułatwia wybór optymalnego leczenia w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie tego zagadnienia na podstawie literatury i doświadczeń własnych.

Summary:

Kompleks śluzówkowo-dziąsłowy w wieku rozwojowym

Tytuł angielski

W obszarze śluzówkowo-dziąsłowym spotyka się często odchylenia od prawidłowej budowy anatomicznej, które nie zawsze powodują zmiany chorobowe, ale mogą modyfikować ich przebieg (1). Obecność, zapalenia przyzębia, uraz podczas szczotkowania zębów, parafunkcje, czynniki jatrogenne itp. mają wpływ na kompleks śluzówkowo-dziąsłowy. W trakcie rozwoju osobniczego występują dość istotne różnice budowy morfologicznej tkanek przyzębia zębów mlecznych i stałych. (2). Zaburzenia śluzówkowo-dziąsłowe mogą wystąpić już we wczesnym dzieciństwie. Są one powodowane nieprawidłowościami rozwoju zębów, zniekształceniami szczęk i zaburzeniami wyrzynania zębów (1). Znajomość specyfiki warunków śluzówkowo-dziąsłowych w różnych okresach rozwojowych jest bardzo ważna. Spotykane często odchylenia morfologiczne mogą w trakcie rozwoju zmieniać się, nie zawsze prowadząc do rozwoju patologii. Dlatego też wymagają wnikliwej obserwacji.

U noworodka wały dziąsłowe szczęki i żuchwy adaptują się czynnościowo i morfologicznie do nowych pozapłodowych warunków, w których głównym zadaniem jest pobieranie płynnego pokarmu. Powstają fałdy i zgrubienia błony śluzowej jamy ustnej idealnie dostosowane do aktu ssania. Specyfika fizjologiczna wałów dziąsłowych determinuje budowę pokrywającej je błony śluzowej, której zewnętrzną warstwę stanowi nabłonek wielowarstwowy płaski rogowaciejący, spoczywający na błonie właściwej, silnie zespolonej poprzez okostną z kością wyrostka zębodołowego szczęk. Jest to błona śluzowa żująca, zdolna do przeciwstawiania się siłom powstającym w trakcie spożywania pokarmu, dzięki wytwarzaniu dużych ilości włókien kolagenowych syntetyzowanych w fibroblastach tkanki łącznej (cyt. wg 3).

W okresie niemowlęcym, do ok. 6 miesiąca życia dziecka, wystające do jamy ustnej brzegi szczęk pokryte są błoną śluzową żującą, tworząc bezzębne wały dziąsłowe. Na zewnętrznej powierzchni górnego wału dziąsłowego widoczne są wygórowania odpowiadające zawiązkom zębów mlecznych. Między wygórowaniami na szczycie wału dziąsłowego w linii pośrodkowej ciała znajduje się wędzidełko wargi górnej, które swoimi włóknami łączy się z brodawką przysieczną (Ryc. 1). Wędzidełko wargi dolnej jest słabiej zaznaczone (2).

Zęby mleczne mieszczą się tylko początkowo we wspólnych zębodołach z zębami stałymi. Z chwilą ukształtowania się korzeni zębów mlecznych dochodzi do wpuklenia blaszki kostnej, która oddziela je od zawiązków zębów stałych. Istnienie odrębnych tkanek

Tabela 1.

Zmiana szerokości dziąsła przyczepionego u dzieci z nieprawidłowościami w ustawieniu zębów obserwacja czteroletnia. Banach i wsp.(6).

* - istotność statystyczna

Tabela 2

Zestawienie wyników badań szerokości dziąsła z oznaczeniem wskaźnika Russella w grupie 95 osób w badaniach Banach (7).

Nieprawidłowości w ustawieniu zębów	Śr. AG szczęka (mm)	
	Żuchwa bad I-III	
stłoczenia	3,47 – 2,32 *	1,77 – 1,44 *
wychylenia	3,47 – 2,56 *	1,77 – 1,45
obroty	3,47 – 2,59 *	1,76 – 0,55 *

Tabl

n	AG przy siek. dln		Wsk. Russella s. dln		P
	przed	po 2,5 r	Przed	po 2,5 r.	
19 (20%)	1,97	1,97	1,76	1,18	0,05
28 (29,5%)	1,67	2,49 p<0,001	1,65	1,33	ns
48 (50,5%)	2,36	1,70 p<0,001	1,41	1,26	ns

Tab2

przyzębia zębów mlecznych i stałych (Ryc. 2a, 2b) jest związane z obecnością odrębnych zębodołów. Kształtowanie się tkanek przyzębia kończy się z chwilą, gdy ząb osiągnie swą właściwą wysokość zwarciovą.

W czasie wyrzynania się zębów rozstrzyga się często czy tkanki śluzówkowo-dziąsłowe będą miały prawidłową budowę i kształt. Kiedy zęby wyrzynają się ekstopowo lub gdy dochodzi do stłoczenia w okolicy kłów prawdopodobieństwo powstania dehiscencji lub fenestracji blaszki kostnej wyrostka zębodołowego jest bardzo duże. Zmiany te, przy współistnieniu modyfikowalnych czynników ryzyka powstania periodontopatii mogą sprzyjać jej rozwojowi. Ostateczne proporcje kompleksu śluzówkowo -dziąsłowego kształtują się w trakcie wzrostu szczęk pomiędzy 6 a 12 rokiem życia i związane są z wyrzynaniem zębów stałych i wzrostem wyrostków zębodołowych na wysokość (1).

Dla scharakteryzowania kompleksu śluzówkowo-dziąsłowego w wieku rozwojowym oznacza się te same parametry kliniczne, które bada się u dorosłych: głębokość szczeliny dziąsłowej, kliniczny poziom przyczepu łącznotkankowego, położenie brzegu dziąsła, wymiary poziome i pionowe dziąsła właściwego, wskaźniki brodawek międzyczębowych, granicę śluzówkowo-dziąsłową, a także opisuje się topografię przedsionka jamy ustnej, umiejscowienie przyczepu wędzidełek warg, języka i policzków (3).

Badanie głębokości przedsionka dla określonego miejsca polega na pomiarze odległości od brzegu dziąsła do najdalejzego punktu ruchomej błony śluzowej pomniejszonej o głębokość szczeliny dziąsłowej. Jeżeli wyrostek zębodołowy jest niski, to strefa dziąsła przyczepionego (zębodołowego) jest wąska i przedsionek jamy ustnej jest pierwotnie płytki. W przypadku wysokiego umiejscowienia przyczepu mięśnia bródkowego nad guzowatością bródkową zuchwy nawet przy wysokim wyrostku można stwierdzić wrodzony płytki przedsionek. Głębokość przedsionka jamy ustnej zależy w głównej mierze od zmian morfologiczno-czynnościowych dotyczących jego wewnętrznej ściany, a w szczególności – dziąsła przyczepionego (AG - Attached Gingiva) (Cyt. wg 4).

Szerokość dziąsła przyczepionego jest uzależniona od kostnych warunków anatomicznych i zmienia się w czasie wyrzynania zębów i wzrostu wyrostków zębodołowych na wysokość. Szerokość ta jest różna w zależności od umiejscowienia i wynosi u dorosłych 3 - 12 mm (5). Różnice w budowie anatomicznej dziąsła w okresie uzębienia mlecznego związane są z odmienną budową zębów mlecznych. U dzieci dziąsło przyczepione jest mniej spoiste niż u do-

rosłych i często zauważa się na jego powierzchni punkcikowate zagłębienia - zjawisko to pojawia się około piątego roku życia potem zanika. Szerokość dziąsła przyczepionego u dzieci waha się od 1 do 6 mm w zależności od miejsca.

W badaniach Banach i wsp. (6) dokonano analizy wpływu nieprawidłowości w ustawieniu zębów na stan przyzębia oraz występowanie ruchomości zębów i recesji dziąseł u 337 dzieci w wieku 6-12 lat ze szkoły podstawowej w Szczecinie. Wykazano zmianę szerokości dziąsła przyczepionego u pacjentów z wychyleniami i obrotami pojedynczych zębów oraz w przypadku stłoczeń zębów.

Czteroletnia obserwacja dowiodła istotnego statystycznie zmniejszenia wartości AG we wszystkich typach badanych zaburzeń ustawienia zębów (Tabela 1). Autorzy podkreślają również wystąpienie ruchomości zębów w okresie rozwoju przyzębia co jest stanem fizjologicznym dla tego okresu.

Badania Banach (7), dotyczące pomiarów szerokości strefy dziąsła przyczepionego w obrębie zębów siecznych dolnych, przeprowadzone w populacji 95 uczennic szkoły średniej w wieku 15-18 lat bez zmian zapalnych w przyzębiu, wykazały, że szerokość AG kształtowała się pomiędzy 1,67–2,49 mm. Średnie wartości dla poszczególnych zębów w pierwszym badaniu wynosiły: dla zęba 32 – 2,20 mm, dla zęba 31 – 1,99 mm, dla zęba 41 – 1,96 mm i dla zęba 42 – 2,16 mm. W badaniu 2, po 2,5 rocznej obserwacji średnie wartości wynosiły odpowiednio 2,08 mm, 1,93 mm, 1,80 mm oraz 2,13 mm, a różnice w stosunku do badania początkowego nie były istotne statystycznie. W ciągu 2,5 rocznego okresu obserwacji natomiast u 19% badanych wartość AG nie zmieniła się, 28% badanych miało większą średnią szerokość dziąsła przyczepionego, a u 50 % parametr ten uległ statystycznie istotnemu zmniejszeniu (Tabela 2). Ze zmienności rezultatów tych badań wynika konieczność obserwacji tego parametru w wieku rozwojowym. Dlatego też podejmowanie decyzji w sprawie chirurgicznego poszerzenia strefy dziąsła właściwego u młodocianych powinno być odroczone, a pacjenci z wąską strefą dziąsła zębodołowego powinni być objęci dyspensaryzacją.

Innym parametrem oceniającym dziąsło przyczepione jest jego grubość (Gingival Thickness - GT). Miejsca pomiarowe zostały określone przez da Silva i wsp. (9), którzy inwazyjnego badania grubości dziąsła dokonywali narzędziem endodontycznym po wykonaniu znieczulenia miejscowego. Uzyskany wynik był od-

czytywany na kalibratorze z dokładnością do 0,1 mm. Autorzy dokonywali dwóch pomiarów, z których pierwszy (GT1) był zlokalizowany w połowie wysokości dziąsła zrogowaciałego, a drugi (GT2) 2 mm poniżej granicy śluzówkowo-dziąsłowej. Vandana i wsp. (8) w grupie 15 badanych zdrowych ochotników w wieku 16-24 lat, oznaczali grubość dziąsła w obu szczękach od kła do kła w 2 miejscach pomiarowych GT 1 i dodatkowo centralnie u podstawy brodawki dziąsłowej (interdental papillary region –IDP), razem 24 punkty (Ryc. 3). Grubość mierzono za pomocą sondy periodontologicznej UNC – 15 w znieczuleniu miejscowym. Badane wartości GT1 wynosiły średnio $1,63 \pm 0,34$ (mm) w szczęce i $1,73 \pm 0,37$ w żuchwie natomiast IDP odpowiednio $1,59 \pm 0,33$ oraz $1,78 \pm 0,41$ (mm). (Tabela 3).

W innych badaniach, Konopka i wsp. (10) do pomiaru grubości dziąsła wykorzystali atraumatyczną technikę z wykorzystaniem sondy USG. Metoda ta ze względu na swoją bezinwazyjność wydaje się być idealna szczególnie u dzieci. Ze względów ekonomicznych jednak badania epidemiologiczne ultrasonograficznej oceny grubości tkanek dziąsła nie są niestety wykonywane. Celowym wydaje się dążenie do przeprowadzenia

takich badań u dzieci w nadchodzącej przyszłości. Poziom przyczepu wędzidełka warg zmienia się w czasie rozwoju osobniczego. Początkowo obserwujemy przyczep wędzidełka na szczycie bezzębnego wahu dziąsłowego. Stosunki anatomiczno-fizjologiczne kształtują się ostatecznie w wyniku pionowego wzrostu wyrostków zębodołowych powiązanego czynnościowo z wyrzynaniem się zębów mlecznych, a następnie stałych. Przyczepy wędzidełek ocenia się według czterostopniowej klasyfikacji wg Placeka i wsp. (11). W klasie I - wędzidełko przyczepia się do ruchomej błony śluzowej wyrostka zębodołowego, w klasie II - do dziąsła przyczepionego (Ryc. 4), w klasie III – do brodawki dziąsłowej, a w klasie IV – penetruje brodawkę dziąsłową przechodząc na stronę jamy ustnej właściwej. Wędzidełka klasy III i IV są wskazaniem do interwencji chirurgicznej, mającej na celu zmianę ich topografii.

Przerośnięte i nieprawidłowo przyczepione na szczycie wyrostka zębodołowego wędzidełko wargi górnej może być przyczyną diastemy (diastema prawdziwa), może prowadzić również do zmian zapalnych przyzębia lub recesji dziąsłowych sąsiednich zębów wskutek pociągania tkanek dziąsła - „pull syndrom”.

Tabela 3.

Średnia grubość dziąsła w obu szczękach od kła do kła w 2 miejscach pomiarowych – GT1 oraz centralnie u podstawy brodawki dziąsłowej IDP w badaniach Vandana i wsp. (9).

Tabela 4

Parametry kliniczne w miejscach występowania recesji dziąsłowych w trzyletnich obserwacjach wg Andlin-Sobocki i wsp. (16).

Tabela 5

Epidemiologia recesji dziąsłowych w populacji młodocianych.

autor	kraj	wiek badanych	liczba badanych	frekwencja recesji
Banach i wsp.	Polska Szczecin	6-9 9-12	501	6,3% 6,9%
Löe i wsp.	Sri Lanka	17-19	480	28,89%
Konopka i wsp.	Polska Wrocław	17-19	305	18,5%

Tab3

N=28 (wiek 6-13 lat)	I badanie	1 rok	2 lata	3 lata
PD (mm)	$0,9 \pm 0,4$	$0,9 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,3$
CAL(mm)	$2,9 \pm 1,1$	$2,4 \pm 0,9^*$	$1,6 \pm 0,9^*$	$1,5 \pm 0,8^*$
AG (mm)	$0,4 \pm 0,5$	$0,3 \pm 0,4$	$0,5 \pm 0,5$	$0,7 \pm 0,7^*$
RD (mm)	$2,0 \pm 0,9$	$1,5 \pm 0,9^*$	$0,8 \pm 0,8^*$	$0,5 \pm 0,7^*$

Tab4

	GT1 (mm)	IDP (mm)
szczeka	$1,63 \pm 0,34$	$1,59 \pm 0,33$
żuchwa	$1,73 \pm 0,37$	$1,78 \pm 0,41$

Tab5

Zdarza się, że wskutek destrukcji tkanek przyzębia prawidłowy przyczep mięśnia bródkowego i wędzidełko klasy I spowodują odciąganie brzegu dziąsła (Ryc.5). Stwierdzany badaniem spłycony przedsionek jamy ustnej jest w takiej sytuacji klinicznej nazywany wtórnie płytkim.

Wędzidełko wargi dolnej znacznie rzadziej jest przyczyną diastemy. Jednakże jego szeroki przyczep może powodować silne pociąganie zarówno dziąsła wolnego, jak i przyczepionego, prowadząc do recesji dziąsła już w okresie uzębienia mieszanego (12). Wachlarzowate wędzidełko warg policzków i języka, które są zgrubiałe i przyczepione do brzegu dziąsła po dłuższym czasie mogą spowodować destrukcję brodawek międzyzębowych (1). W przypadkach, gdy włókna przyczepu wnikają do brodawki międzyzębowej zdjęcie rentgenowskie wykazuje szczelinę pomiędzy korzeniami zębów siecznych przysródkowych. Jest to efekt wewnątrzcostnego przebiegu włókien wędzidełka i wskazane jest wykonanie zabiegu frenulektomii. Zabieg ten powinien być przeprowadzony dopiero po wyrznięciu się bocznych siekaczy stałych, a nawet kłów, gdyż podczas ich wyrzynania może dojść do samoistnego zamknięcia diastemy (12). Zabezpieczenie wystarczająco głębokiego przedsionka jamy ustnej, wolnego od przyczepów wędzidełek, pozwala na optymalny dostęp szczoteczki podczas codziennych zabiegów higienicznych (1).

Jednym z głównych parametrów periodontologicznej oceny klinicznej jest ustalenie poziomu przyczepu łącznotkankowego (CAL - Clinical Attachment Level). W warunkach fizjologicznych powinien on znajdować się w miejscu połączenia szkliwno-cementowego stanowiąc dno szczeliny dziąsłowej (cyt. wg 3). Szczególnie trudnym zadaniem jest ocena prawidłowości ulokowania przyczepu łącznotkankowego w okresie wyrzynania zęba.

Kolejnym ocenianym parametrem kompleksu słuzówkowo-dziąsłowego jest ocena głębokości szczeliny dziąsłowej (PD- Probing Depth). Parametr ten jest określony odległością krawędzi dziąsła od dna szczeliny dziąsłowej. W warunkach prawidłowych u dorosłych wynosi 0,5 – 2 mm. Głębokość rowka dziąsłowego w uzębieniu mlecznym jest większa niż w uzębieniu stałym i waha się od 1,4 do 2,1 mm. (12). U pacjentów z zapaleniem dziąseł pomiar głębokości sondowania jest większy od wartości prawidłowych. Ma to związek ze zwiększeniem objętości obrzękniętego dziąsła, przy czym pozostaje niezmienny poziom przyczepu łącznotkankowego - powstaje w ten sposób kieszonka dziąsłowa.

W praktyce klinicznej u pacjentów w wieku rozwojowym wystąpić mogą również zmiany rozrostowe dziąseł. W swojej pracy Pernu i wsp.(13) opisują wskaźnik HI - Hyperplastic Index. Wskaźnik może przyjąć wartość 1 - jeżeli brzeg dziąsła znajduje się w 1/3 przyszyjkowej części korony zęba, 2 - jeżeli nie przekracza 2/3 wysokości korony zęba, a gdy zlokalizowany jest wyżej osiąga wartość 3.

Inna sytuacja kliniczna ma miejsce w przypadku recesji dziąsłowych. Brzeg dziąsła ulokowany jest wtedy poniżej połączenia szkliwno-cementowego. Dokonywać się powinno pomiarów wysokości recesji dziąsłowej (Recession Depth – RD) obliczanej jako odległość między najniższym punktem połączenia szkliwno-cementowego i krawędzią brzegu dziąsłowego oraz szerokości recesji (Recession Width – RW) obliczanej jako odcinek mezialno-dystalny obnażonej powierzchni korzenia na wysokości granicy szkliwno-cementowej (14,15).

W trzyletnich obserwacjach recesji dziąsłowych okolicy dolnych siekaczy u dzieci Andlin-Sobocki i wsp. (16) podają średnią wartość RD w pierwszym badaniu 2.0 mm, a po okresie 3 lat obserwacji 0,5 mm (Tab. 4). Badania przeprowadzono u 28 dzieci w wieku 6-13 lat. Z badań tych wynika konieczność obserwacji tego typu zmian w wieku rozwojowym ze względu na zmieniające się parametry kliniczne w miejscach występowania recesji. Przynajmniej 12 miesięczna obserwacja i eliminacja czynników wywołujących powinna poprzedzać ewentualne leczenie chirurgiczne.

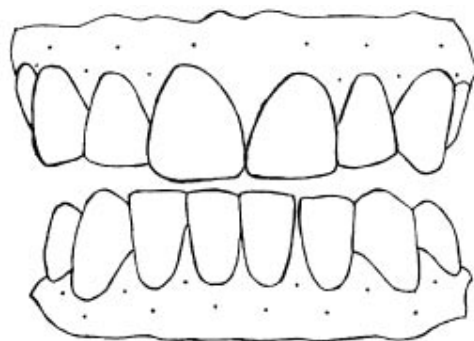
Badania epidemiologiczne recesji dziąsłowych przeprowadzone u 17-letniej młodzieży z Rzeszowa i Górla wykazały 21% frekwencję recesji dziąsłowych w populacji 230 badanych. Najczęstsza lokalizacja to okolica – górnych kłów i przedtrzonowców. Ponadto przy 157 zębach autorzy wykazali obecność zmian subklinicznych, w których to umiejscowienie brzegu dziąsła znajdowało się na granicy szkliwno-cementowej (CAL - 1 mm poniżej CEJ, PD - 1 mm) (17).

Badania różnych autorów przeprowadzone u dzieci i młodocianych, zestawione w tabeli 5 pokazują wzrastającą z wiekiem frekwencję recesji dziąsłowych.

Kolejnym istotnym elementem anatomicznym kompleksu słuzówkowo-dziąsłowego wymagającym badania jest brodawka dziąsłowa. W wieku rozwojowym w związku z dużą szerokością zębów mlecznych, szerokimi, płaskimi i niskimi guzkami oraz niskim usytuowaniem powierzchni stycznych brodawka międzyzębowa jest krótsza i bardziej zaokrąglona. Pomiędzy zębami trzonowymi, a w uzębieniu stałym także przedtrzonowymi dziąsło międzyzębowe składa się z dwóch brodawek: wargowo-policzkowej i języko-



Ryc. 1. Kształtujące się warunki śluzówkowo-dziąsłowe u 5 miesięcznego dziecka.



Ryc. 3. Miejscach pomiarowe – GTI oraz centralnie u podstawy brodawki dziąsłowej –IDP (interdental papillary region) wg Vandana i wsp. (16).



Ryc. 2a. Warunki anatomiczne kompleksu śluzówkowo-dziąsłowego u 2,5 letniego dziecka.



Ryc. 4. Wędzidełko wargi górnej klasy II wg Placeka i wsp.



Ryc. 2b. Warunki anatomiczne kompleksu śluzówkowo-dziąsłowego w uzębieniu stałym u 12 letniego dziecka.



Ryc. 5. Współistnienie przyczepu wędzidelka wargi dolnej klasy I, recesji dziąsłowej przy zębie 31 oraz wąskiej strefy dziąsła przyczepionego. Widoczne górne włókna mięśnia bródkowego.

wej. Tkanka wypełniająca przestrzeń pomiędzy nimi, biegnąca poniżej powierzchni stycznych, nazywana jest przełączką szyjkową lub przełączką międzyzębową (12).

Po zakończeniu wzrostu brodawka dziąsłowa powinna wypełniać przestrzeń między grzbietem wyrostka zębodołowego, a bocznymi ścianami sąsiadujących zębów aż do punktu stycznego (18,19). Wskaźnik brodawki dziąsłowej wg Jemta (PiS- Papilla Index Score) pozwala określić wielkość dziąsła międzyzębowego w pięciostopniowej skali.

- **Stopień 0-** całkowity brak brodawki;
- **Stopień 1-** gdy szczyt brodawki nie sięga do połowy wysokości przestrzeni interproksymalnej
- **Stopień 2-** gdy szczyt brodawki przekracza tę wysokość
- **Stopień 3-** gdy brodawka wypełnia całą przestrzeń międzyzębową
- **Stopień 4-** gdy brodawka jest przerosnięta i wykracza poza przestrzeń międzyzębową (18).

Według innej klasyfikacji Norland i Tarnow wprowadzają wskaźnik PPI (Papilla Presence Index) (19). W klasie 0 brodawka wypełnia całą przestrzeń międzyzębową, w klasie I – szczyt brodawki znajduje się pomiędzy punktem stycznym a połączeniem szkliwo–cementowym (CEJ – cemento-enamel junction) na bocznej ścianie zęba. Klasa II to sytuacja gdy brodawka dziąsłowa znajduje się poniżej interproksymalnego CEJ ale powyżej najniższego punktu CEJ, w klasie III brodawka jest poniżej najniższego punktu CEJ. Ponadto do oceny nieprawidłowości brodawek międzyzębowych przydatna jest linia międzybrodawkowa łącząca szczyty wielu sąsiadujących brodawek dziąsłowych. W okresie rozwojowym najczęściej obserwowaną zmianą patologiczną brodawek dziąsłowych jest ich przerost. Dla monitorowania zatem przebiegu Gingivitis hyperplastica u młodocianych ogromnie przydatna jest ocena brodawki dziąsłowej wskaźnikiem wg Jemta.

Typowym objawem przejściowym dla okresu dziecięcego jest istnienie tzw. brodawki pozakłowej, która może być dość często stwierdzana w wieku 4 do 6 lat i jest prawidłową strukturą anatomiczną. Jest to miękka ograniczona wyniosłość pomiędzy granicą słuzówkowo–dziąsłową, a wolnym brzegiem dziąsła po stronie językowej, obok kłów zuchwy (12).

Specyfika warunków słuzówkowo-dziąsłowych w wieku rozwojowym, które wraz ze wzrostem organizmu ulegają ciągłym przekształceniom wymaga od lekarza szczególnego postępowania diagnostycznego. Znajomość parametrów klinicznych oceniających te warunki

jest niezbędna dla zapisania stanu faktycznego w danym momencie. Natomiast posiadanie wiedzy dotyczącej ich zmienności pomaga zaplanować działanie profilaktyczne i ułatwia wybór optymalnego leczenia w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie tego zagadnienia na podstawie literatury i doświadczeń własnych.

Piśmiennictwo:

- 1.Ketterl W.:Parodontologia. Urban & Partner, Wrocław 1995.
- 2.Karłowska I.: Podręcznik dla studentów i lekarzy stomatologów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- 3.Bednarz W.: Diagnostyka kompleksu słuzówkowo-dziąsłowego. e-Dentico,2006 2(10), 74-80.
- 4.Bednarz W., Tyrzyk S.: Augmentacja dziąsła – aktualne poglądy na podstawie piśmiennictwa oraz doświadczeń własnych, e-Dentico, 2005, 3(7), 106-116.
- 5.Welfe, J.B., Schmidt, R.C.: Dental Anatomy It's Relevance to Dentistry.Williams and Wilkins. Baltimore, 1997.
- 6.Banach J.,Węgorska D, Borysewicz G., Syryńska M., Dembowska E., Rulkowska H.: Stan przyzębia u dzieci szkolnych w badaniach 4-letnich. Nieprawidłowości w ustawieniu zębów, ruchomość i recesje dziąsła. Czas.Stomat.,1992,XLV,6-7,305-308
- 7..Banach J.: Die Breite der alveolären Gingiva und der Periodontalzustand von weiblichen Jugendlichen in 2,5 jähriger Beobachtung. Stomatol. DDR, 1990, 40, 203-205.
- 8.da Silva S.C., Joly J.C., de Lima A.F.M., Tatakis D.N.: Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft. J.Periodontol.,2004,75,413-419.
- 9.Vandana K.L., Savitha B.: Thickness of gingiva in association with age, gender and dental arch location. J.Clin.Periodontol.,2005, 32,828-830.
- 10.Konopka T., Dominiak M., Ćwirko M.: Wpływ metod chirurgicznego pokrywania recesji dziąsłowych na grubość dziąsła właściwego. Czas.Stomat.,2002,LV,10,626-633.
- 11.Placek M., Śkach M., Mrklas L., Significance of the labial frenum attachment in periodontal disease in man. Part II. An attempt to determine the resistance of periodontium, J.Periodontol., 1974, 45, 895-997.
12. Szpringer- Nodzak M., Wochna- Sobariska M.: Stomatologia wieku rozwojowego Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2003.
13. Pernu H.E., Pernu L.M., Huttunen K.R., Nieminen P.A., Knuttila M.L.: Gingival overgrowth among renal transplant recipients related to immunosuppressive medication and possible local background factors, J. Periodontol.,1992, 63, 548-553.
14. Bednarz W., Zastosowanie techniki przeszczepu płata mostkowego według modyfikacji własnej w leczeniu recesji dziąsła, Praca doktorska, AM, Wrocław 2002.
15. Bednarz W., Ziętek M.: Metodyka badań oceniających zabiegi pokrywania recesji dziąsłowych.Dent. Med. Prob., 2002, 39, 2, 275-280.
16. Andlin-Sobocki, A., Marcusson A., Persson M.: Three year observations on gingival recession in mandibular incisors in children. J. Clin. Periodontol., 1991, 18, 155-159.
17. Bednarz W., Herba G., Śleboda A.: Badania epidemiologiczne recesji dziąsłowych u 17-letniej młodzieży z Rzeszowa i Gorlic. Magazyn Stomat.,2003,13,51-55.
18. Jemt T., Regeneration of the gingival papillae after single-implant treatment, Int. J. Periodont. Rest. Dent.,1997, 17, 326-333.
19. Norndland W.P., Tarnow D.P., A classification system for loss of papillary height, J. Periodontol.,1998, 69, 1124-1126.

Adres do korespondencji:

SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA

LEKARSKA „MEDIDENT”

38-300 GORLICE, UL.OKULICKIEGO 19