

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Медицина факультеті

Стоматология кафедрасы

**ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПӘНІ
БОЙЫНША ЛЕКЦИЯ САБАҚТАРЫНЫҢ МӘТІНІ**

Дәріс 6

Гингивит, пародонтит, пародонтоз, ісік тәрізді және идиопатиялық пародонт ауруларының клиникасы, дифференциалды диагностикасы және патологиялық анатомиясы.

Гингивит – жалпы және жергілікті факторлардың жағымсыз әсерінен қызыл иектің қабынуы. Ол – тіс қызыл тек беріктігі мен тұтастығын бұзбай өте береді.

Гипертрофиялық гингивиттің ауырлық дәрежесі қызыл иек шетінің ісініп, көтерілуі арқылы айқандалады. Бір немесе бірнеше тіс аймағындағы ісіну жергілікті дем аталады да, бір немесе екі жақ сүйектегі барлық тіс қызыл еттерінің қабынуы жайылған болып есептеледі.

Клиникада көбінесе созылмалы ұшыққан гингивит немесе оның асқынған түрі кездеседі. Күшті ұшыққан гингивит әдетте балалардың тыныс жолдары инфекциясы арқылы таралады.

Жаралы және гипертрофиялық гингивит ұшыққан созылмалы гингивитке қарағанда әлдеқайда сирек кездеседі.

Ұшыққан созылмалы гингивитте, әдетте ауру адамдар дәрігерге көріне бармейді, өйткені олар ауырсынбайды. әңгімелескен кезде бірқатар адамдар тісін тазалағанда қызыл иегінің әдеттегіден тыс қызаруы, тіс бүртіктері түрінің өзгеруі қауіптендіреді.

Адамдар бұл аурудың жанға батпайтындығына байланысты дәрігерге қаралмайды, сондықтан ушыққан гингивт оларды топтап тексеруден өткізгенде балаларда, жас өспірімдерде байқалады.

Оның үстіне бұл ауру тіс жегісінің (кариесінің) асқынуына байланысты дәрігерге емделуге келген жас адамдарда да кездесетіні байқалған. Тексерген кезде тіс арасы еттерінің, ұрттың, кейде тандайдың күлдіоеуі байқалады. Қызыл иектің бүртіктері сәл ісінеді. Ушыққан созылмалы гингивиттің асқынуы кезінде қызыл иек қызатып, ісінеді, тез қанайды.

Қызыл иектің ара-арасына арнаулы зонд енгізгенде тіс-қызыл иек байланстырының тұтастығы бұзылмайды әрі қызыл иек қалтасы болмайды. Қан жүру белгілері ойдағыдай болады. Әр түрлі мөлшерде жұмсақ қатпар айқындалып, кейде ол тістің қара дақтарына ұласады.

Гингивит кезінде Шиллер-Писарев байқауы арқылы емдеуге болады, ауыз қуысындағы лейкоциттердің мөлшері артады (Ясиновский байқауы). Кулаженконың ауасыз байқауы кезінде ұсақ қан тамырларының төзімділігі нашарлайды.

Гипертрофиялық гингивит. Ол көбінесе жеке тістердің немесе олардың топтарының маңайындағы қызыл тек бүршіктерінің өсіп кетуімен сипатталады. Сондай-ақ көп жағдайда жас өспірімдерде, екіқабат әйелдерде байқалады, дәрі-дәрмектерді көп қабылдаудан да асқынуы мүмкін.



1 Pre-treatment frontal view of maxillary incisors.

Гипертрофиялық гингивиттің екі түрін бөліп қарау керек. Ол: ісіну және талшықты тканьдер жансыздануының ісіну формасына экссудация салдарынан қызыл иек бүртіктерінің ұлғаюы тән. Эпителий байланыстары бұзылмағандықтан, бұл кезде клиникалық алдамшы қалталар пайда болады. ал жансыздану түрінде қызыл иек бүршіктері ұлғайып, қатаяды, қызыл иек ішіндегі тіс қабаттанады.



1 Frontal view of existing crown preparations with inter-

Ісіну және жансыздану сол бір процестің әр түрлі кезеңдері деп есептеліп жүр. Науқас адамдар тісін тазалаған кезде қызыл тегінің қанайтынын, аузынан иіс шығатынын, қызыл иектегі жағымсыз сезім жөнінде айтады. Процестің ұзаққа сззылуы клиникалық қалта пайда болуына, ауыз қуысы талшықтарының үзілуіне әкеліп соғуы мүмкін. Мұндай жағдайларда гипертрофиялық гингивит келесі нозологиялық кезең болып табылатын пародонтит белгілерін тудырады.

Венсанның шіру (жара) гингивиті – қызыл иектің қабынуы салдарынан асқынып өзгерістерге ұшырайды. Әдетте, ауру өте қатты басталады (жедел түрдегі жара гингивиті немесе созылмалы аурудың ушығуы), адам ауырсынады, қызыл иек қанайды, ас жеу қиындайды, көңіл-күй нашарлайды, ауыздан жағымсыз иіс шығады. Ауру анамнезіне мыналар тән мұндай жағдайда ауру адам бірнеше ай немесе жыл бойы тісін тазалағанда қызыл иек қанаған, бірақ ішкі себептер білінбегендіктен, науқас адам дәрігерге көрінбеген. Пародонтит ауырлығына қарай жеңіл, орташа және ауыр дәрежеге бөлінеді. Клиникалық ағымы бойынша жедел, созылмалы және асқынған (сонымен қатар бір немесе көп абсцесстердің пайда болуы) түрлерге бөлінеді. Сонымен қатар ремиссия сатысы – патологиялық процесстің қысқа уақыт тоқтап тұруы.

Жедел пародонтит сирек кездеседі және көбінесе жергілікті болады, оны инфекция тіс қызыл иек байланысының бүтіндігін бұзатын жасанды сауыттар, ортодонтиялық аппараттардың кері әсерінен дамиды. Созылмалы пародонтит клиникада жиірек кездеседі. Жылдағы, кейде 10 жылдап ұзақ жүреді. Ағза резистентілігінің төмендеуі, қосымша аурулар және екіншілік инфекция қосылуы пародонт қабыну процессін асқындарады. Пародонтит процесі таралуына қарай жергілікті пародонтит кезінде бір немесе бірнеше тіс аймағындағы пародонтит зақымдалады. Оның даму себебі жергілікті зақымдау факторы болып табылады. Жайылмалы пародонтит созылмалы процесінің ұзақ жүруінен, кейде қосымша аурулардан дамиды. Жайылмалы пародонттің негізгі симптомо-комплексіне альвеолярлы сүйек резорбциясын шақыратын, жарақаттық окклюзияға әкелетін симптоматикалық гингивит, пародонт қалтасы жатады. Бұл белгілердің айқындылығы процесстің айқандылығына байланысты.

Патоморфологиялық өзгерістер.

Патоморфологиялық өзгерістер пародонттың барлық тіндерінде айқындалады, эпителийде дистрофиялық өзгерістер, беткейлік қабаттың өліеттенуіне дейін көріністер байқалады. Пародонтқа сай және әрдайым оған тән болатын қызыл иек (борозда) пролиферациясы және оның түбір бойына өсуі.

Пародонтоз – дистрофиялық генерализацияланған пародонттың барлық элементтерін зақымдаушы үрдіс. Пародонтоздың басты симптомдары болып дистрофиялық процесстер қызыл иекте байқалады. Олар атрофиялық гингивит ретінде диагноздалады: прогрестенуші горизонтальды (альвеола өсіндісінің сүйек тінінің) деструкциясы: травмалық окклюзия, сына тәрізді ақаудың пайда болуы және азғана тістердің қозғалғыштығы. Үрдіс жай баяу дамумен және үздіксіз ағынмен көрінеді. Егер ол жүргізбесе, үрдіс байқам аппаратының альвеола аралық және түбір аралық перденің толық деструкциясымен аяқталады.

Генерализацияланған пародонтитке қарағанда пародонтоз кезінде тіндердің дистрофиясы біріншілік. Ал пародонтитте біріншілік қабыну процесі болып табылады. Пародонтоз 2-10% жағдайда кездеседі. Көбінесе жүрек қан тамыр аурулары, эндокринді, неврогенді және басқа жалпы соматикалық аурулары бар адамдар осы пародонтоз ауруына жиі шалдығады. Науқастардың шағымы ауру сатысына және патологиялық үрдіс ауырлығына байланысты болады. пародонтта дистрофия үрдісі симптомсыз өтеді, баяу дамып, дамушы гингивит пайда болуымен және баяу альвеола өсіндісінің біріңғай атрофиясымен немесе төмен жақты альвеолярлы бөлігімен басталады.

Тек кейбір науқастар суыққа сынып ауыратынына тістің сезімталдығының химиялық және термиялық тітіркендіргіштерге ауыратынына шағымданады. Қызыл иек бозғылт, тұйық, аурусыз, тығыз. Төменгі жақтың алдыңғы тістері ауданында қызыл иектің мойын бөлігінің ретракциясы байқылады. Рентгенограммада альвеолярлық перденің кортикалды қабаттың деструкциясын байқауға болады, олардың төбешіктері (өтпес болып) жұмырланады да резорбция процесі дамиды. Көбінесе окклюзиограмма бойынша бұл аудандарда травмалық окклюзия диагноздалады. Орта дәреже ауырлығындағы пародонтоз кезінде атрофиялық гингивит көріністері дамиды. Тіс мойындары, түбірлері ашылады, бірақ пародонталды қалталары байқалмайды. Айқан сына тәрізді ақаулар пайда болады, тістер веер сияқты ажырап кетеді, диастема және тремалар пайда болады, тістер арасында кеңістіктер ашылады, тістердің бөлшектеніп жоғалуы мүмкін, бұл қалған тістерге ары қарай ауыртпалық түсіреді. Дикция бұзылады, тіс мойындары жалаңаштанады 1,5-2 мм барлық айналасында. Жарақаттық окклюзия барлық тіс қатары бойында анықталады, бірақ тістер салыстармалы біршама тұрақты болып қалады, қозғалғыштық І-дәрежеден аспайды. Айта кеткен жөн, тіс қозғалшандығы сол терең өзгерістерге сай келмейді. Тіс тастарының шөгінділері айтарлықтай емес. Тістер сирек жағдайда тіс жегімен зақымданған, бірақ тіс жегісіз зақымданулар байқалады, эмаль эрозиясы, сына тәрізді ақау, мүжілудің артуы, гиперестезия және т.б.

Рентгенограммада бірқалыпты альвеола сүйегінің шетінде жүйелі атрофия көріністері, альвеола өсіндісінің сүйек тінінің склеротикалық орын ауыстыруы анықталады. Және жақ денесі (остеопороз және остеосклероз ошағының кезектесуі), альвеола аралық перделер тең жартысына кішірейген (1/2). Ауыр (III) дәрежеде үрдістің дамуы қызыл иек емізікшелері толығымен тегістелуге жақындаған, қызыл иек анемиялық, әдетте тез жалаңаштанған тіс түбірлерін (4-6 мм) қамтиды. Көп түбірлі тістер аумағында қызыл иек ретракциясы әр түбірде бірдей емес. Кейде жеке тістердің түбірінде қызыл иек жоғалып кетеді, бифуркация жалаңаштанады, тістің түбірінің төбешігі де көрініп тұрады. Бұл жағдайларда ауру жиі созылмалы ұлпа қабынуының ретроградты дамуымен асқынады. Айтарлықтай өзгерістердің салдарынан (ұлпада болатын) созылмалы ұлпа қабынуының клиникалық суреті аз айқындалады, тек сыздатып ауырсынуымен ажыратуға болады.



Осы дәрежеде әсіресе айқындалатын травмалық окклюзия. Тістерді қабысуы толық бұзылған, жоғарғы және төменгі жақ тістері тез алға ығысқан, олардың өзара жанасуы бұзылған. Тістердің қозғалғыштығы әр дәрежелі: I-II- кейде III- дәреже.

Жиі сына тәрізді ақау байқалады. Олар ерекше терең, кейде тіс түбіріне жетеді. Сүйек тінінің резорбциясы альвеола аралық перденің ұзындығынан 2/3 асық, жеке тістердің сүйек аймағының сорылуы жүреді, және ауырсынусыз және қансыз жеке тістердің түсуі байқалады.

Түбір цементінде жай дистрофиялық өзгерістер күшейеді: шұңқырлар пайда болады, шеттері желінді лакундер, сонымен қатар репарация көріністері; гиперцементоз, әсіресе түбірдің төбешігі ауданында.

Жалпы пародонтозға баяу даму тән, кейде ұзақ уақытқа стабильденеді.

Реопародонтография әдісімен тамырладың тоникалық қысымының артуы және оладың құрылымдық өзгерістері жас тұлғаларда да склероздық түрде пайда болады. ал жас тұлғаларда пародонтоз ауруы өте сирек кездеседі. Айқан гипоксияны, атеросклероздарды анықтауға полярография көмектеседі (пародонт тінінде киелород қысымының деңгейінің төмендеуі

Пародонттың идиопатиялық аурулары.

Мұндай аурудың ағымы және дамуы пародонт ауруының әр түрлі формаларына берілген сипаттамасына сай келмейді.

Идеопатиялық ауруларға жалпы болып үрдістің шағырлануы жатады (локализация).

Идиопатиялық аурулар тобына басқа жалпы аурулардың симптомдары мен синдромдарын жатқызады және бұл жерде жас балалар артықшылыққа ие: қан аурулары, қант диабеті, эозинофильді гранулама, Хенда-Шюллер-Крисчен синдромы, Папийона-Лефевра, Ослер, Леттерер-Сиве ауруы, Иценко-Кушинга, гистоцитоз х.

Иценко-Кушинга ауруы кезіндегі пародонтальды синдром ішкі секреция бездерінің көпшілігінің зақымдануымен, гипофизарлық аппараттың біріншілік зақымдануымен және үрдіске жыныс бездерінің, бүйрек үсті бездерінің, асқазан асты бездерінің қосылуымен көрінеді.

Науқастарда семіру, тері беттерінде қан қоюлулар, жаныс бездерінің қызметінің бұзылуы, диабет, психикалық бұзылыстар т.б. байқалады тез гиперемия, қызыл иек ісінуі және оған қан құйылуы анықталады: тістердің ығысуы және қозғалғыштығы, тіс аралық емізікшелерінің өсуі, іріңді бөлінісі бар парадонтальды қалталар. Рентгенограммада жақта кемікті заттың ошақты остеопорозы және альвеола өсіндісінің деструкциясы көрінеді.

Үрдіс альвеола аралық перделердің төбесінен басталуы шарт емес. Ол төменгі жақтың түбінде немесе денесінде локализациялануы мүмкін және оның альвеолярлық бөлімінде. Остеопорозды адамның қаңқасының басқа да сүйектерінде көруге болады.

Гинморагиялық ангиоматоздағы пародонтальдық синдром. (Ослер синдромы) – геморагиямен көрінетін отбасылық тұқымқуалайтын ұсақ тамырлар (венулалар мен капиллярлардың) ауруы. Клиникалық көріністері жеке профузды қан ағумен және олар сыртқы себептермен байланыссыз (мұрын, ішкі мүшелер, ауыз қуысының шырышты т.б.) сипатталады. Ауру кез келген жаста дамуы мүмкін, бірақ 40-50 жаста айқын көрінеді. Катаралды гингивит түрінде ағып өтеді. Ауыз қуысының шырышты қабаты ісінген, жай қан аққыштық, онда телеангаэктомия пурпурлы – күлгін түсті және жайғана механикалық әсерге қан ағады. Аурудың ұзақтығына қарай клинико-рентгенологиялық зерттеуде пародонт тіндерінде симптомокомплекс көрінеді. Ол ауру дәрежелі пародонтозды көзге елестетеді. Ауыз қуысында аналогиялық өзгерістер және пародонт тінінде Чедиака-Хигаси синдромында анықталады. Гистоцитоз х кезіндегі пародонтальды синдром.

Арудың клиникалық негізгі 4-түрі бөлінген:

•қаңқаның бір сүйегінің зақымдануы;

•сүйек жүйесінің генерализациялық зақымдануы;

•сүйек және лимфа жүйесінің генерализациясының зақымдануы;

•сүйек және лимфа жүйесінің зақымдануы және онда висцеральды көріністерінің болуы.

Ауыз қуысында (жиі моляр және премоляр ауданында) ісіну, қызыл иек емізікшелерінің цианозы пайда болып, кейін гипертрофияланады, тістер қозғалғыш болады және орналасу күйі өзгереді. Тез абсцестену дамиды, жұмсақ тіндердің ісінуі, кейде оның жаралану, терең оның жаралану, терең сүйек қалталары пайда болып, олардан ірің бөлінеді, ауыздан жағымсыз иіс шығады. Рентгенограммада альвеолалық өсіндіде сүйек тінінің деструкциясының вертикалды түрі және овалды немесе домалақ оның шектеулі кистозды дефекттермен көрінеді. Тістерді жұлып тастау патологиялық үрдісті жойымайды. Жақтардан бөлек басқа сүйектер де зақымданады, мысалы: бас сүйегі, бұл кезде қатты бас аурулар пайда болады. фиброматоздың сүтті тіс қабысуы кезінде дамуы, тұрақты тістердің ұрықтарының орналасуының бұзылуына алып келеді.

Емі – хирургиялық – криодеструкция. Болжамы жақсы бола бермейді, жиі рецидивтері пайда болады, малигнизация болуы мүмкін.

Эпулид қатерсіз одонтогенді ісік, созылмалы тітіркену болатын жерде дамиды. Клиникалық шектеулі қызыл иек өсуімен көрінеді де, жиі күрек тіс, ит тіс, кіші түбірлік тістер ауданында локализацияланады. Кең немесе тар аяқшада өсіп, саңырауқұлақ тәрізді немесе дөңгелек. Эпулид көлемі ноқат секілді немесе одан да көп, тек тістердің қасында дамиды. Сондықтан ісік шартты түрде одонтогендіге жатқызылған.

Фиброзды және ангиоматозды жұмсақ. Ісік қызғыш, жиі көкшіл түсте болады және прогрестенуші өсуімен сипатталады, үлкен көлемді болуы мүмкін, ол оның жарақаттануына алып келеді.

Емі хирургиялық: эпулидты және оның өсу аймағын жою. ол үрдіс диатермокоагуляция немесе криодеструкциямен бітеді.

Хенда-Кристин-Шюллер ауруы. Оның негізінде липидті алмасу бұзылысы жатыр. Аурудың классикалық белгілері ретінде жақ сүйек тіндерінің деструкциясын, бас қаңқа сүйегі және басқа қаңқалық сүйектерінің бөлігі, бейқантты диабет, экзафтальмды қарастырады. Периодонт асқынуларымен жүріп өтеді. Ауыз қуысында ойық жаралық, өлі еттікгингивит, ауыр дәрежелі стоматит, терең қалталы пародонтит және ол ірің ағуымен, түбірдің жалаңаштануымен көрінеді.

Папион-Лефебр синдромы

кератодермияға жататын туа біткен ауру. Пародонттағы өзгерістер прогрестелуші деструктивті дистрофиялық үрдіспен айқын көрінеді. Олар табанда және білекте, алақанда болатын жарықшалар және гиперкератозбен ұласа көрінеді. Ауруға ерте жастағы балалар жиі шалдығады. Тіс айналасындағы қызыл иек ісінген, гиперемияланған, пародонт қалталарынан серозды іріңді жалқықтар бөлінеді. Сүйек тінінде айтарлықтай деструкциялық өзгерістер, олар: кисталар, ұйық түзуші сүйек сорылуы. Альвеола өсіндісінің деструкциясы және лизисі, тістердің түсіп болғаннан соң, сүйектің толық сорылғанына дейін жалғаса береді.



парадонтома



фиброма

Парадонтомалар – олар пародонттың қатерсіз түзілісі болып ісік және ісік тәріздес аурулар: фиброма, қызыл иек фиброматозы, липомалар, эпудиттер.

Фиброма – дәнекер тіннен тұратын жеке ісік, қан және лимфа түйіндерінен тұрады. Баяу дамиды. Ұсақ және массивті фиброма түрін бөледі. Қызыл иекте әдетте тығыз фибромалар байқалады. Ісік жылжымалы, түбінде жатқан тіндермен жабыспаған, сипап тексергенде ауырмайды және шекаралары анық.

Емі хирургиялық.

Көбіне бұл ауру жас өспірімдерде кездеседі, әсіресе жас қыздарда жыныстық дамуы кезінде, медикаментозды емдеудің әсерінен болады. аурудың себебі белгісіз.

Қызыл иектің өсуі әр түрлі үлкендікте болуы мүмкін: I-дәрежеде түбірдің 1/3 бөлігін жабады, екінші II – ½ және III-дәрежеге түбір бөлігінің барлығын қамтиды.

Вестибулярлы және тіл (таңдай) бөлігінен тіндердің өсуі орнын алады, өсіп кеткен қызыл иекемізікшелері ауыз қуысының кіреберісінен айқын көрінеді, олар дөңес, ісік түбінде рельефті төмпешікті, қыртысты беткей түзеді. Қызыл иектің тотальды қалыңдауын (слоновость) пілденуі деп атайды.

Фиброматозды өсулер попиломатозды, даралық түрде бере алады; басқа жағдайларда – бұл қызыл иектің боз немесе қызғылт бола өсуі. Сипап қарағанда өсулер тығыз, ауырсынусыз, қан ақпайды.



Назарларыңызга рахмет!!!

