

Идиопатические заболевания пародонта



Хлебникова Елизавета
Весёлкина Мария
5 курс группа 1542

Идиопатические заболевания пародонта

(idios - составная часть греч. слов, означающая «особенный», «необычный» + pathos – страдание) - болезнь, возникающая без видимых причин, характеризующаяся неясным происхождением

- Десмодонтоз
- Гистиоцитоз
- Синдром Папийон-Лефевра
- Синдром Хенда-Шюллера-Крисчена
- Синдром Леттера-Сиве
- Пародонтомы
- Синдром Иценко-Кушинга

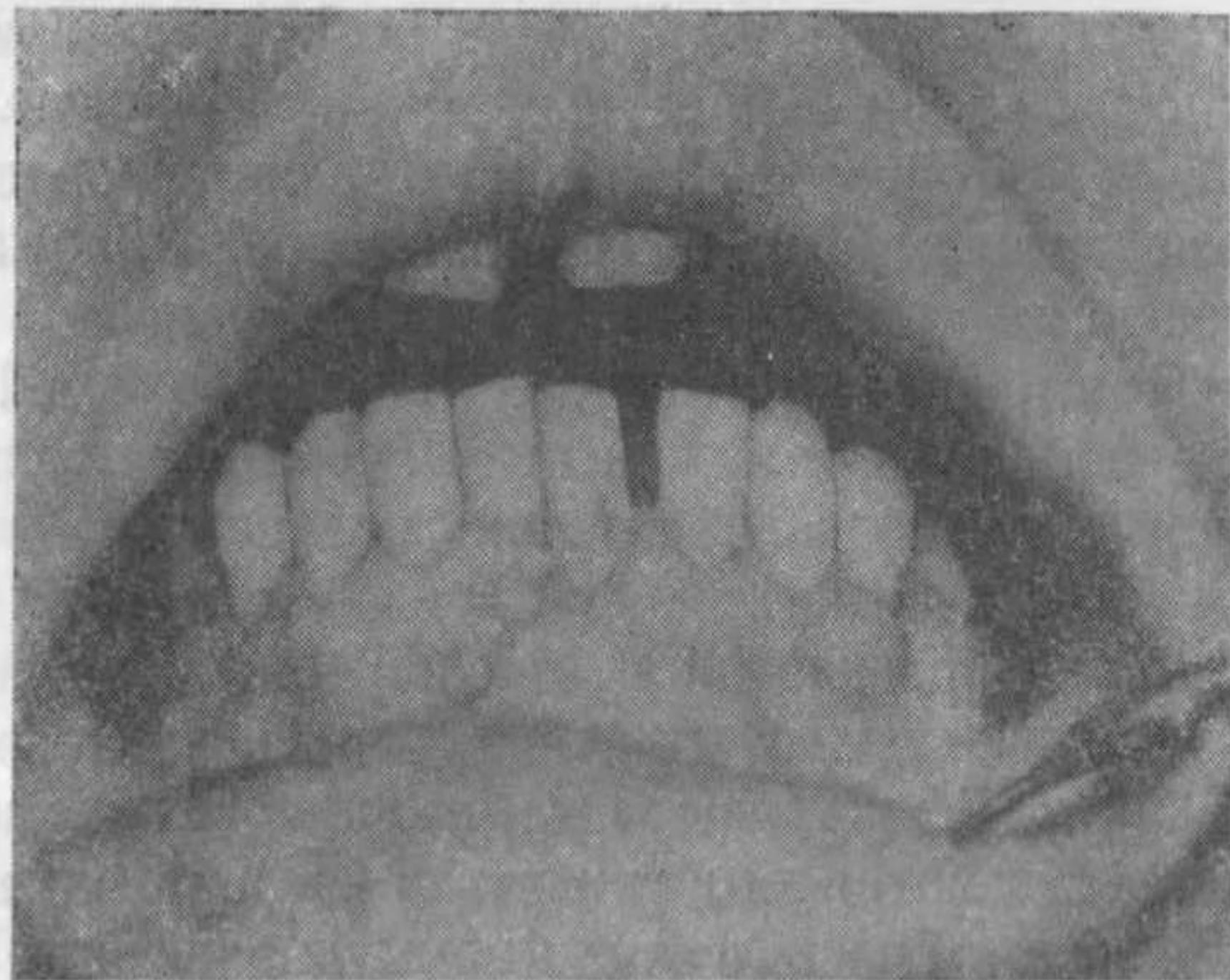
Десмодонтоз

- характерными особенностями является прогрессирующий лизис тканей пародонта, в большей степени это относится к телу челюсти и кости альвеолярного отростка, но развитие патологического процесса можно наблюдать и в прочих частях скелета, и в органах, которые принимают участие в процессах кроветворения
- начинает свое развитие с деструкции периодонта и достигает своего апогея к четырнадцатилетнему возрасту
- при развитии заболевания наблюдается разрушение круговой связки зуба и патологическая подвижность зубов
- впоследствии начинается воспалительный процесс в десневых тканях, образуются пародонтальные карманы, которые наполнены гнойным содержимым, происходит смещение зубов, их расшатывание, а затем они попросту выпадают.

Десмодонтоз

- отмечается симметричное поражение пародонта в области моляров и резцов.
- параллельно с этим заболеванием происходит поражение ладоней и подошв стопы (гиперкератоз), происходит нарушение обменных процессов триптофана и возникает диспротеинэмия





Лечение десмодонтоза

Полностью устранить корень проблемы и навсегда избавиться от симптомов десмодонтоза не представляется возможным. Поэтому лечение заболевания носит симптоматический характер. Обычно комплекс терапевтических процедур включает в себя следующие мероприятия:

- регулярная профессиональная чистка зубов: в процессе данной процедуры специалист удаляет скопившиеся отложения и делает поверхность зубов более ровной и гладкой. Для проведения чистки может использовать как пескоструйный, так и ультразвуковой аппарат
- детальный инструктаж по части поддержания гигиены полости рта: важно, чтобы пациент четко знал, какие продукты и процессы стимулируют образование зубного налета. Больному лучше навсегда отказаться от чая, кофе, красного вина и сигарет
- ванночки и аппликации: при развитии воспаления пациенту зачастую назначают специальные процедуры с использованием антибактериальных и противовоспалительных растворов. Тяжелая форма заболевания может потребовать применения антибиотиков

Лечение десмодонтоза

- применение лекарственных препаратов: для стимуляции процесса восстановления тканей могут быть назначены витаминные комплексы и противовоспалительные препараты,
- кюретаж: данный метод применяет с целью удаления гноя из десневых карманов и введения медикаментов, способствующих восстановлению тканей пародонта
- удаление подвижных и больных зубов с последующим протезированием

Независимо от формы развития болезни, следует использовать специальные препараты, способствующие уменьшению кровоточивости десен. После еды рекомендуется осуществлять полоскание полости рта настоем ромашки или шалфея, которое позволит приостановить развитие воспаления.

При десмодонтозе следует придерживаться строгой диеты, отказаться от употребления слишком твердой, травмирующей пищи. Если процесс потери зубов уже запущен, специалист может предложить ортопедическое лечение. При полной утрате всех элементов зубного ряда проводится протезирование с применением съемных или несъемных конструкций. В ряде ситуаций может быть предложена также имплантация зубов (но по достижении 18-летнего возраста).

Гистиоцитоз

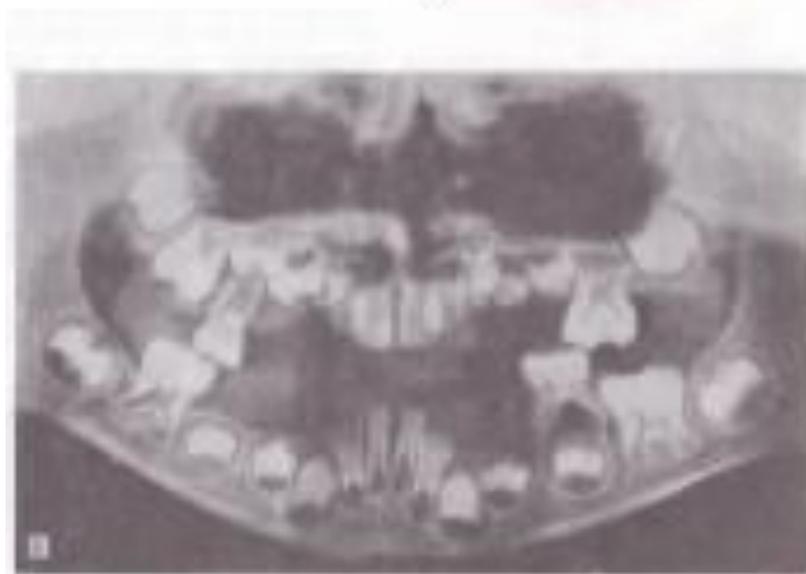
Пародонтальной синдром при гистиоцитозе X объединяет различные проявления гистиоцитозов:

- 1) эозинофильную гранулему (болезнь Таратынова)
- 2) болезнь Хенда-Крисчена-Шюллера
- 3) Литтерера-Зиве.

- Выделены четыре основные клинические формы заболевания:
- 1) поражение одной из костей скелета;
- 2) генерализованное поражение костной системы;
- 3) генерализованное поражение костной и лимфатической систем;
- 4) генерализованное поражение костной и лимфатической систем в сочетании с висцеральными проявлениями.

Эозинофильная гранулема

- Первой формой гистиоцитоза Х является эозинофильная гранулема- локализованный ретикуло-гистиоцитоз, сопровождающийся деструктивными изменениями в одной из костей скелета. Патологический процесс развивается хронически, прогноз благоприятный.



Эозинофильная гранулема

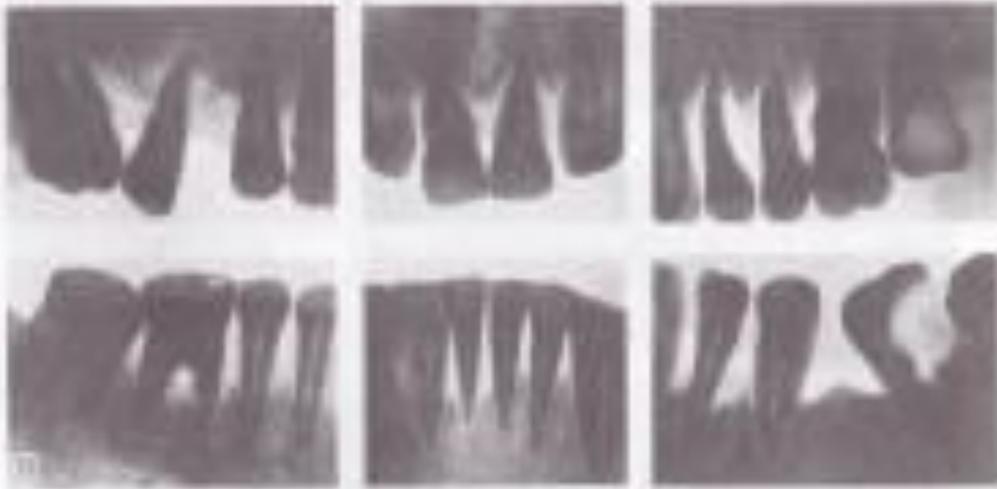
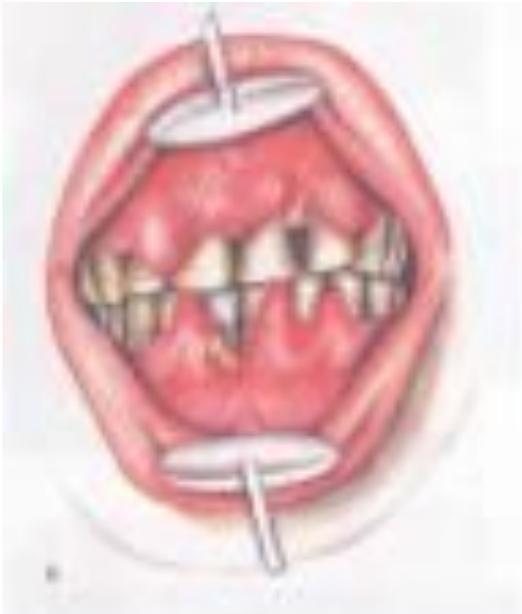
- В полости рта (чаще в области премоляров и моляров) появляются отечность и цианоз десневых сосочков, которые вскоре гипертрофируются, зубы расшатываются, изменяют положение. Быстро развиваются абсцедирование, отек мягких тканей, иногда изъязвления, как при язвенном стоматите. Появляются глубокие костные пародонтальные карманы, из которых выделяется гной, неприятный запах изо рта. На рентгенограммах в альвеолярном отростке выявляется вертикальный характер деструкции костной ткани с наличием овальных или круглых кистозных дефектов с четкими контурами
- Удаление зубов не купирует патологического процесса. Кроме челюстей, могут поражаться и другие кости, например черепа, при этом появляются упорные головные боли.
- При гистологическом исследовании выявляются поля ретикулярных клеток, среди которых большое количество эозинофилов.
- В периферической крови - увеличенное количество эозинофилов, ускоренная СОЭ.

Эозинофильная гранулема

- При 2-й и 3-й формах заболевание развивается медленно, с периодами ремиссии. Клиническая картина гингивита предшествует выраженным общим симптомам болезни, что помогает более ранней диагностике и эффективному лечению.
- Наиболее характерны для пародонтального синдрома язвенный гингивит, гнилостный запах изо рта, обнажение корней и подвижность зубов, глубокие пародонтальные карманы, заполненные грануляциями. На рентгенограммах - лакунарный тип деструкции в различных участках альвеолярного отростка (части), тела челюстей, ветвей и др. Отмечается также генерализованное поражение других костей скелета.
- При 4-й форме заболевания быстро нарастает не только генерализованное поражение костной, лимфатической систем и многих внутренних органов, но и пародонтальный синдром.

Болезнь Хенда-Крисчена-Шюллера

- В основе его лежит нарушение липидного обмена (расстройство ретикулоэндотелиальной системы). Классическими признаками заболевания считают также деструкцию костной ткани челюстей, черепа и других отделов скелета (характерные признаки гистиоцитоза X), сахарный диабет, экзофтальм. Болезнь сопровождается увеличением селезенки и печени, нарушением деятельности нервной, сердечно-сосудистой систем и др.; протекает с периодическими обострениями.
- В полости рта нарастают язвенно-некротический стоматит и гингивит тяжелой степени, пародонтит с глубокими пародонтальными карманами и гнойным отделяемым, обнажением корней, пришеечная область которых может быть покрыта оранжевым мягким налетом (пигмент разрушенных ксантомных клеток)



Болезнь Леттерера-Зиве

- Болезнь Литтерера-Зиве – изменения пародонта при X-гистиоцитозе, ретикулоцитозе. В костной ткани и лимфоидной системе разрастается ретикулярная ткань.
- Встречается у детей 2-3 лет. Развивается как острый инфекционный процесс. Поднимается температура до 40-41 °, увеличиваются лимфоузлы и печень. Возможна вялость, потеря массы тела, нарушение сна. Иногда на коже появляется пятнисто-папулезная сыпь.
- В полости рта развивается острый катаральный гингивит, который быстро переходит в язвенно-некротический. Появляется пародонтит, подвижность зубов, приводящая к обнажению корней, выпадению зубов.

Болезнь Леттерера-Зиве

- Диф. диагностика: на основе рентгенологической картины.
- Рентгенологически: очаги деструкции округлой или овальной формы в альвеолярном отростке, теле и ветвях челюсти, а также других плоских костях скелета – костях черепа, таза, бедер.
- Картина крови: анемия, тромбоцитоз, эозинофилия, повышение СОЭ.
Исследование пунктата и биоптата: гранулематозная ткань с преобладанием гистиоцитов, ретикулоцитов. Прогноз неблагоприятный.



Синдром Папийон-Лефевра

- - (ладонно-подошвенный дискератоз) - достаточно редко встречающееся заболевание, которое наследуется по аутосомно-рецессив-ному типу и характеризуется сочетанием ороговения внутренних поверхностей ладоней и подошв с воспалительно-деструктивными изменениями пародонта. Поражение пародонта вызвано нарушением функций лейкоцитов, а также специфической бактериальной флорой зубного налёта (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*). Однако выраженный гиперкератоз едва ли определяется перечисленными причинами. Скорее всего эти клинические проявления имеют метаболическую основу - нарушение триптофанового обмена.
- Первые признаки заболевания (воспаление десны, расшатывание и выпадение вначале временных зубов, а по мере прорезывания - и постоянных, развитие той же клинической картины: расшатывание и смещение зубов с последующим выпадением) у ребёнка проявляются именно в пародонте: разрыхлённая, легко кровоточащая десна, пародонтальные карманы с серозным или гнойным экссудатом в области даже молочных (а позже и постоянных) зубов (рис. 14-47). На рентгенограммах явления генерализованного лизиса костной ткани. К 14-15 годам ребёнок может потерять зубы постоянного прикуса. На коже ладоней и подошв явления повышенного ороговения и десквамации эпителия. Общее же состояние больных, как правило, не нарушено.

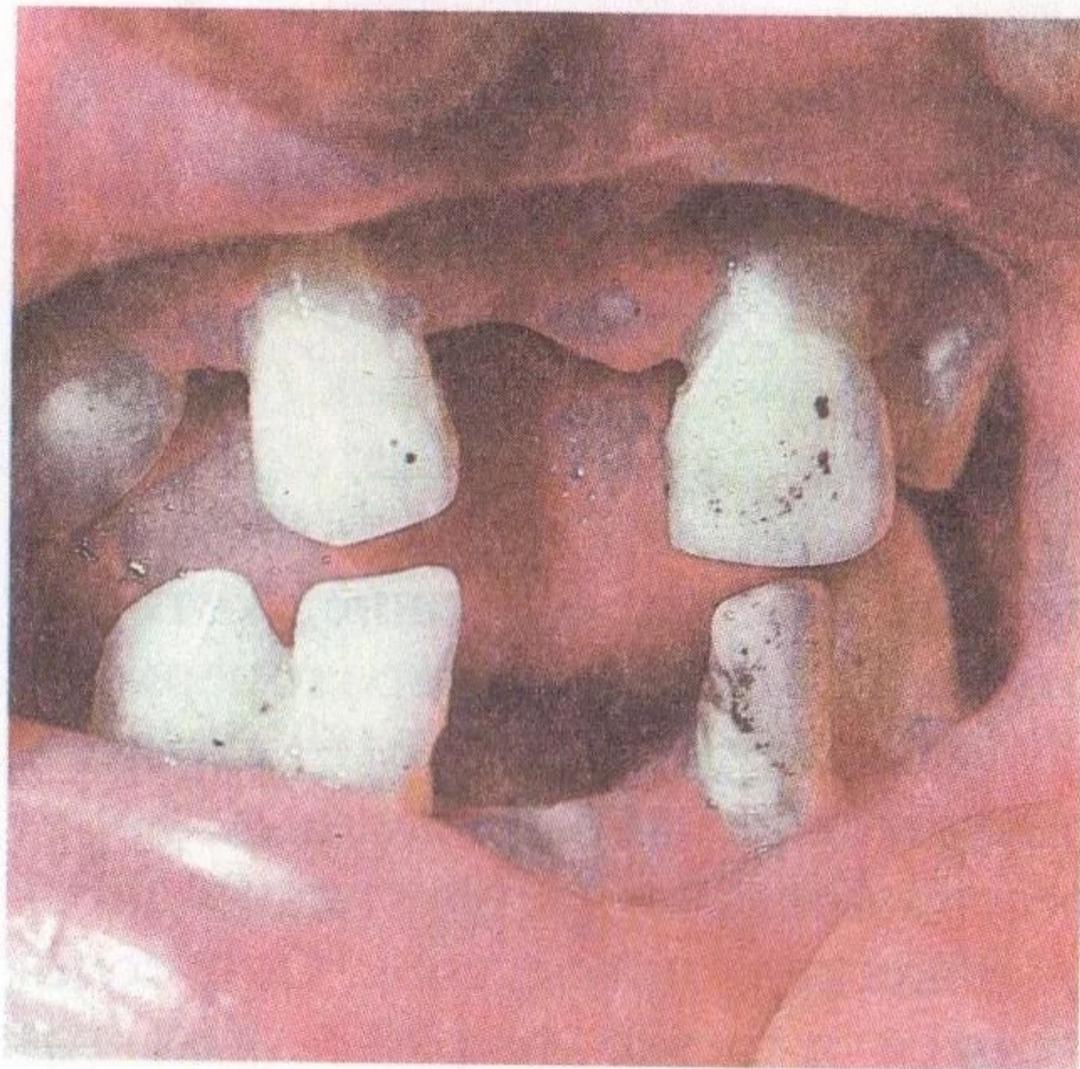


Рис. 145. Синдром Папийона–Лефевра. Генерализованный пародонтит.

Лечение гистиоцитозов

- Общее лечение назначают педиатр и гематолог.
- Местное лечение: комплексное. Гигиена полости рта, антибактериальная терапия (с учетом характера выделенной флоры), хирургические (кюретаж, гингивотомия) и ортопедические методы (шинирование, протезирование), местная иммунотерапия, кератопластическая терапия, физиотерапия.



Сахарный диабет

- заболевают дети 3-6, но чаще 11-12 лет.

- В начале заболевания изменения десны могут быть единственным клиническим симптомом.
 - Развивается отек, цианоз десны, появляется рыхлость десневых сосочков, образуются зубодесневые карманы, из которых часто выбухают грануляции, имеется гнилостное или геморрагическое отделяемое.
 - Рано появляется подвижность зубов.
 - Рентгенологическая картина: Кратеро- и воронкообразные деструкции костной ткани, окружающей зубы. Изменения локализованы в альвеолярном отростке и никогда не переходят на подлежащие участки тела челюсти.
- Диф. диагностика: гнойное отделяемое из зубодесневых карманов, выбухающие грануляции, характерные рентгенологические признаки. Картина крови: в начале заболевания изменения трудно уловимы, может наблюдаться норма-, гипо- или гипергликемия. Диагностическое значение имеет исследование толерантности к глюкозе. При сахарной нагрузке в течение длительного времени сохраняется повышенный уровень глюкозы в крови.
 - Лечение комплексное, с участием эндокринолога.

Пародонтомы.

- Пародонтомы - опухолевые и опухолевидные заболевания пародонта. Они могут быть представлены истинными опухолями и опухолеподобными заболеваниями.
- Опухоли пародонта. Они могут быть представлены прежде всего многими разновидностями так называемых опухолей мягких тканей, чаще доброкачественных. Особенностью их течения, определяемой локализацией, является частое травмирование, изъязвление с последующей воспалительной реакцией.
- Опухолевидные заболевания пародонта. Наиболее частым среди них является эпулис, редко встречается фиброматоз десен

Эпулис

- - собирательное понятие, отражающее различные стадии разрастания ткани в результате хронического раздражения десны, вызванного травмой (искусственная плохо припасованная коронка, пломба, корни разрушенного зуба).
- Встречается в возрасте 20-40 лет, чаще у женщин. В период беременности рост их может ускоряться.

Клиника: опухолевидное образование бывает чаще на десне резцов, клыков, реже премоляров, как правило, с вестибулярной поверхности.

Оно имеет грибовидную, иногда округлую форму, диаметром от 0,5 до 2 см, реже - более.

Эпулис прикреплен ножкой или широким основанием к надальвеолярным тканям.

Цвет эпулисов белесоватый, красноватый, иногда буроватый.



Рис. 150. Фиброматозный эпулис в области 32].

Эпулис

- По гистологической структуре выделяют ангиоматозный, фиброматозный, гигантоклеточный (периферическая гигантоклеточная гранулема) эпулисы.
- Эпулисы часто изъязвляются и тогда поверхностные слои их представлены грануляционной тканью, в которой много лимфоцитов и плазматических клеток, костная ткань альвеолы может подвергаться краевой резорбции, зуб расшатывается.
- Лечение: Лечение хирургическое: удаление эпулида и его ростковой зоны, завершающееся диатермокоагуляцией или криодеструкцией.
- Вопрос о сохранении зубов решается на основании клинических и рентгенологических данных.



Рис. 151. Ангиоматозный эпулид в области 45.

Фиброматоз десен

- Фиброматоз десен характеризуется ограниченной или диффузной гипертрофией десневых сосочков, десневого края и альвеолярной десны.
- Встречается у подростков и лиц молодого возраста, преимущественно у девушек, в период полового созревания, у детей раннего возраста при болезни Дауна, под влиянием медикаментозного лечения.
- Этиология заболевания неясна. Предполагается взаимосвязь с эндокринной патологией, наследственной предрасположенностью.
- Разрастания десен могут достигать различной величины: при I степени покрывают 1/3 коронки, при II - 1/2 и при III - всю корешковую часть зуба.
- Располагаются разросшиеся ткани с вестибулярной и язычной (небной) поверхностей, разросшиеся десневые сосочки со стороны преддверия рта более выражены, они округлые, образуют рельефную бугристую поверхность со складками в глубине опухоли.
- С язычной стороны продуктивный процесс непрерывный, без изменения рельефа пораженной поверхности.
- Тотальное утолщение десен нередко называют слоновостью.

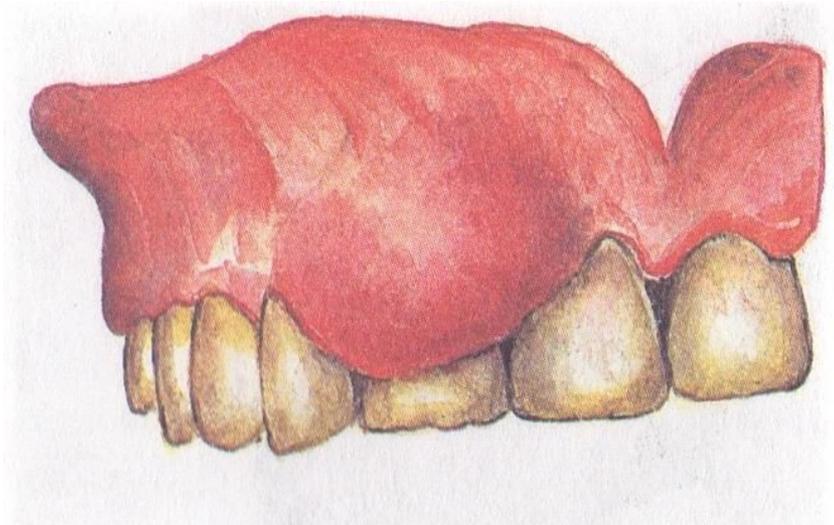
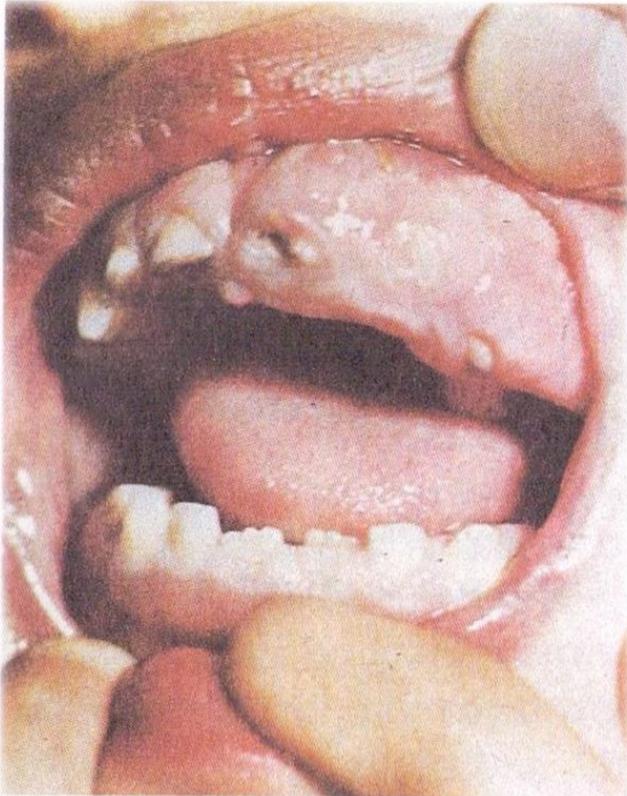


Рис. 148. Фиброматоз десен.

- В зависимости от распространенности патологического процесса различают ограниченный, диффузный и тотальный фиброматоз.
- При ограниченном фиброматозе процесс локализуется в пределах отдельных групп зубов, при диффузном - разрастания покрывают десну на всем протяжении альвеолярного отростка (части). Для тотального фиброматоза характерны полное разрушение альвеолярных отростков и замещение их фиброзными разрастаниями, вследствие чего наступает деформация нижнего отдела лица, затруднено смыкание губ.
- Развитие фиброматоза в период молочного прикуса приводит к нарушению положения зачатков постоянных зубов. При диффузном поражении коронки молочных зубов полностью погружены в разросшуюся ткань.
- Лечение хирургическое - криодеструкция. Прогноз не всегда благоприятный, нередко возникают рецидивы, возможна малигнизация.



Рис. 149. Диффузный фиброматоз десен.

Дифференциальная диагностика идиопатических заболеваний

Диф.диагностику
эпулиса проводят
от

- Гипертрофического
гингивита
- Десневого полипа
- Фиброма
- Злокачественная
опухоль

- Гипертрофический гингивит в отличие от эпюлиса сопровождается спонтанной кровоточивостью, иногда – незначительными болевыми ощущениями. Десневые сосочки и десневой край не только гипертрофированы, но и гиперемированы.
- Фиброма в отличие эпюлиса локализуется на слизистой оболочке губ, щек, десны, мягкого нёба, реже языка, располагаясь на широком основании или на тонкой ножке, имеет округлую, реже узловатую форму, покрыта слизистой оболочкой бледно-розового цвета.
- Десневые полипы или «ложные эпюлисы», представляют собой эпителиальные выросты на десне. Всегда имеет обычный цвет слизистой оболочки, мягкую консистенцию, не кровоточит, растет больше в длину, имеет тонкую ножку. Проявляются так же во время беременности, но по окончании могут полностью или частично подвергнуться обратному развитию. Истинный эпюлис никогда не исчезает самостоятельно
- В отличие от злокачественной опухоли эпюлис растет медленно, не изъязвляется, локализуется обычно в пределах передних и переднебоковых зубов, в то время как локализация рака и саркомы вариабельна, эпюлис не вызывает вздутия челюсти, растет на ножке, не поражает глубоких отделов тела челюсти. Злокачественная опухоль не имеет ножки. Эпюлис не вызывает болевых ощущений и кахексии.



Фиброматоз десен

Диф.диагностику проводят с:

- Гипертрофическим гингивитом



Общее:

- - эстетический дефект полости рта в виде разрастания десны, которые закрывают коронки зубов;
- - также затрудненное жевание;
- - затрудненный уход за полостью рта.

Различия заключаются в том, что при фиброматозе десен:

- - выделяют плотное и диффузное их разрастание
- - во время патологоанатомических исследований определяют прорастание соединительной ткани плотными волокнами.

Гистиоцитоз

Диф.диагностику
гистиоцитозов
проводят от
пародонтитов



Диф.диагностика гистиоцитоза и пародонтита

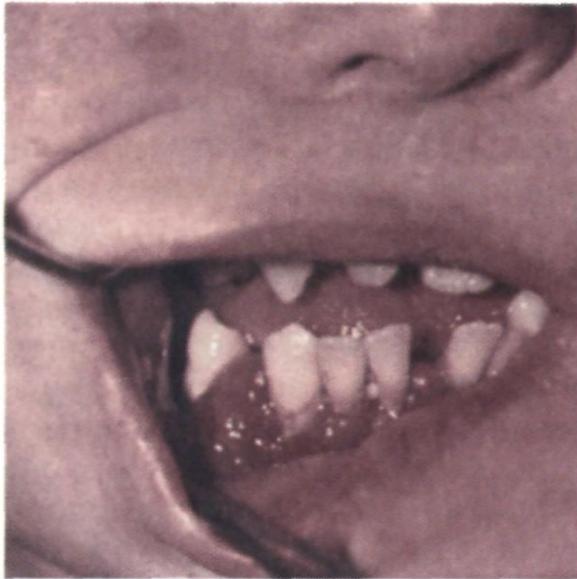
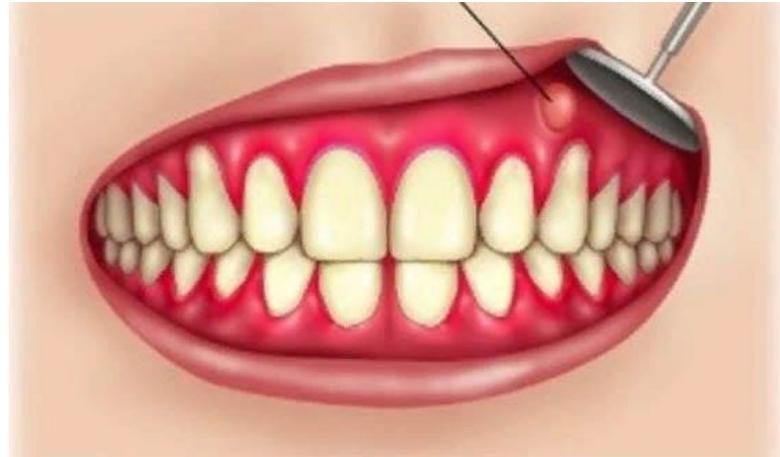
При начальной стадии гистиоцитоза жалобы схожи с пародонтитом: зуд, кровоточивость десен, постепенное расшатывание зубов.



- В отличие от гистиоцитоза при пародонтите уже в начальных стадиях имеются зубодесневые карманы, раньше возникает подвижность зубов, их выпадение
- Для пародонтита характерна вертикальная резорбция костной ткани, для гистиоцитоза-горизонтальная
- Резкая болезненность при легком соприкосновении с десной при гистеоцитозе

Диф.диагностика гистиоцитозов полости рта

- Дифференциальная диагностика эозинофильной гранулемы должна проводиться с учетом симптомов пародонтоза, болезни Хенда — Шюллер — Крисчена, синдрома Папийон — Лефевра, кисты, миеломной болезни, саркомы Юинга.
- Для болезни Хенда — Шюллера — Крисчена характерным является множественное поражение костей скелета в сочетании с вовлечением в процесс паренхиматозных органов и лимфоузлов, изменений в крови, наличие липоидных включений в клеточных элементах биопсийного материала (так называемый ксантомный вид клеток). Заболевают чаще мальчики в возрасте от 1 до 7 лет.
- Синдром Папийон — Лефевра включает в себя атрофические изменения со стороны альвеолярного отростка, наличие характерного гиперкератоза стоп и ладоней с образованием на них трещин; это придает им сходство с географической картой. На участках, менее подверженных ороговению, отмечается усиленное потоотделение. Заболевание начинается в 3—6-летнем возрасте, но может быть и у взрослых. В ряде случаев поражает несколько членов одной и той же семьи.
- Ненагноившаяся одонтогенная киста определяется по четким рентгенографическим очертаниям, наличию гангренозного зуба или задержке прорезывания одного из зубов, фолликул которого послужил основой для развития фолликулярной кисты; пунктат кисты — желтоватый, с примесью кристаллов холестерина; при нагноении кисты — с примесью гноя.



Спасибо за внимание!

