

ПАРОДОНТОЗ. ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА.

Выполнила: студентка стоматологического ф-т
Рымарь В.П.

- **Пародонтоз**- заболевание пародонта дистрофического характера. Распространенность составляет 3-10%. Ведущими процессами при пародонтозе являются дистрофические изменения в десне, которые диагностируются как атрофический гингивит; прогрессирующая горизонтальная деструкция костной ткани альвеолярного отростка, травматическая окклюзия; образование клиновидных дефектов и умеренная подвижность зубов.
- **Этиология:** в развитии пародонтоза имеют значение системные факторы: заболевания внутренних органов, нейрогенные дистрофии, экстремальные воздействия, вызывающие гипоксию, гиподинамию, нарушающие трофику тканей пародонта.
- **Патогенез:** Процесс характеризуется довольно медленным развитием и непрерывным течением. Если не проводить лечения, он заканчивается полной деструкцией связочного аппарата, межальвеолярных и межкорневых перегородок.
- При пародонтозе дистрофия тканей пародонта первична в отличие от генерализованного пародонтита, где первичными являются процессы воспаления.





- Важнейшим признаком пародонтоза является постепенно прогрессирующая деградация тканей, окружающих зуб. Атрофия и остеопороз костной ткани альвеолы проявляется оголением шеек и даже корней зубов. Десны в зоне поражения часто имеют бледную окраску. Нередко отмечается повышенная кровоточивость десен, особенно – при откусывании достаточно твердой пищи. Зубные отложения (мягкие или минерализованные), как правило, незначительны. Пациент может также жаловаться на ощущение зуда в деснах и неприятный запах изо рта. Часто наблюдается повышенная стираемость эмали зубов.
- На начальных стадиях развития болезни зуб хорошо зафиксирован, но по мере прогрессирования начинает развиваться патологическая подвижность вследствие дегенеративного поражения удерживающих его связок и резорбции костной ткани альвеолы.
- *важным отличием пародонтоза от пародонтита является то, что в первом случае в процесс вовлекается костная ткань, а во втором – имеет место воспаление, поражающее преимущественно мягкие ткани.*

- **Объективно:** при пародонтозе легкой степени слизистая оболочка десны бледной окраски без признаков гиперемии, пародонтальные карманы отсутствуют, возможно обнажение цемента корня зуба вследствие ретракции десны. Зубных отложений чаще нет либо в небольшом количестве. При пародонтозе средней степени пародонтальные карманы отсутствуют, слизистая оболочка десны бледная, шейки зубов обнажены до $\frac{1}{2}$ их длины, могут быть клиновидные дефекты, эрозии, гиперестезия, стираемость, зубы устойчивы. При пародонтозе тяжелой степени корни зубов обнажены более $\frac{1}{2}$ их длины, признаков воспаления и карманов нет. Подвижность зубов возможна. Независимо от степени тяжести нет мягкого налета, имеются множественные некариозные поражения зубов.

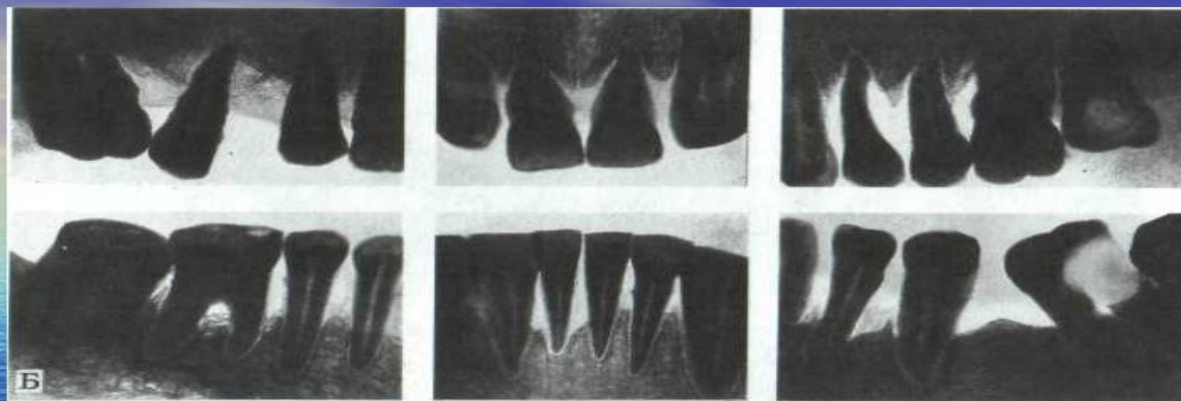
-
- **Диагностика:**

- на *рентгенограмме* можно выявить снижение высоты межальвеолярных перегородок на $\frac{1}{3}$ при сохранении кортикальной пластинки в области вершин при легкой степени; снижение высоты межзубных перегородок от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ длины корней, кортикальная пластинка сохранена в области вершин перегородок при средней степени; снижение высоты межзубных перегородок от $\frac{1}{2}$ до $\frac{2}{3}$ длины корня с сохранением кортикальной пластинки вдоль лунок; явления деструкции сочетаются с остеопорозом и остеосклерозом костной ткани в глубоких отделах альвеолярного отростка.
- При пародонтозе средней тяжести нарастают признаки атрофического гингивита, обнажаются шейки и корни зубов, однако пародонтальные карманы отсутствуют.
- Методом *реопародонтографии* выявляются повышение тонического напряжения сосудов и их структурные изменения, имеющие характер склеротических даже у лиц молодого возраста, у которых пародонтоз встречается редко.
- Выраженные явления гипоксии, артериосклероза помогает установить *полярография* (снижение уровня напряжения кислорода в тканях пародонта).
- На протяжении всего зубного ряда определяется *травматическая окклюзия*, однако зубы остаются относительно устойчивыми, подвижность не превышает I степени. Следует отметить, что подвижность зубов не соответствует тем глубоким изменениям, которые наступают в связочном аппарате и межальвеолярных перегородках.
- Отложения зубного камня незначительные. Зубы редко поражены кариесом, но выявляются сочетанные некариозные поражения: эрозия эмали, клиновидные дефекты, повышенная стираемость, гиперестезия и др.
- Проба Шиллера-Писарева, индекс РМА, индекс гигиены- без отклонений от нормальных значений.

- **Идиопатические заболевания пародонта** характеризуются одновременным поражением тканей пародонта и других органов и систем. Течение их не укладывается в характерные клинические формы различных заболеваний тканей пародонта.
- **1) Болезнь Таратынова.**
- Чаще возникает у мальчиков в детском и юношеском возрасте. Могут поражаться челюстные, черепные и тазовые кости, ребра, мягкие ткани.
- В молочном прикусе наблюдаются выраженные изменения в тканях пародонта: острое воспаление десен, подвижность зубов, обнажение шеек и корней зубов, секвестрация зачатков постоянных зубов. Десны всегда синюшны, отечны, с пышными грануляциями; образуются пародонтальные карманы с гнойным отделяемым. Чаще заболевание возникает в 3-5 летнем возрасте. У грудных детей в полости рта образуются некротические язвы, которые локализуются только на десневых валиках. Антенатальное развитие этих детей характеризуется тяжелыми токсикозами беременности.
- Рентгенологически характерно образование очагов деструкции альвеолярных отростков с переходом на тело челюсти. В крови обнаруживается лейкоцитоз, эозинофилия (8-14%), тромбоцитоз, увеличение СОЭ. Цитологически обнаруживаются элементы эозинофильной гранулемы. Течение эозинофильной гранулемы доброкачественное, встречаются случаи самоизлечения.
- Кроме лечения у гематолога необходимо проведение гингивэктомии и выскабливания грануляционной ткани в очагах поражения. Подвижные зубы удаляют, замещая дефекты съемными протезами.

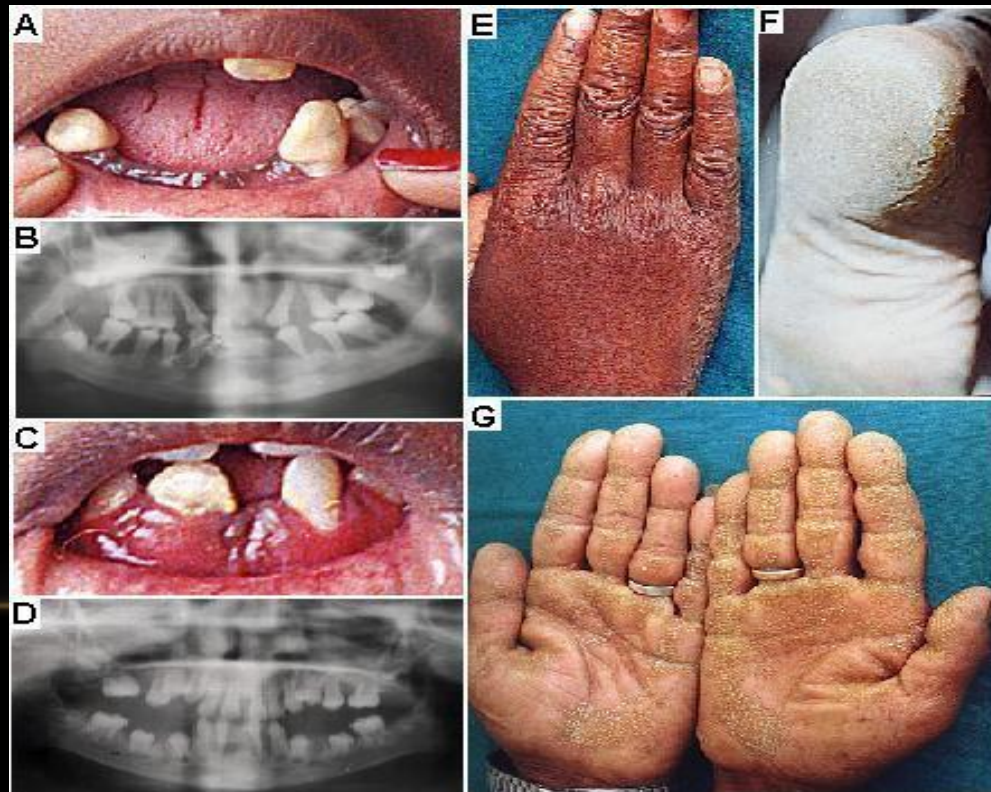


- 2) *Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена*. В полости рта образуются язвенно-некротические поражения десен, глубокие пародонтальные карманы, подвижность зубов, обнажение шеек и корней зубов. Характерно образование оранжевого налета на зубах из-за разрушения ретикулоцитов.
- Рентгенологически в челюстных костях обнаруживаются множественные очаги деструкции костной ткани. В крови может быть гиперхолестеринемия. Окончательный диагноз ставят на основании исследования костного мозга. При этом в пунктате обнаруживают ксантомные и пенистые клетки.
- В комплексном лечении назначают рентгенотерапию, цитостатики, антибиотики, стероидные гормоны, витамины и др. Своевременное лечение приводит к стойкой ремиссии, поэтому важна роль стоматолога, который первым может заподозрить наличие заболевания.



Прогресуючий лізис альвеолярного відростка при хворобі
Хенда — Шюллера — Крісчена

- **Синдром Папийона-Лефевра.**
- Аутомно — рецессивно наследуемая патология. Заболевание объединяет поражение пародонта и ладонно — подошвенный дискератоз. Болезнь развивается в раннем детском возрасте (2,5-3 года), когда возникают очаги деструкции костной ткани в челюстях с формированием глубоких пародонтальных карманов и абсцессов. По мере прогрессирования заболевания появляется подвижность зубов, в костной ткани выраженные деструктивные изменения с образованием кист, воронкообразное рассасывание кости, что ведет к выпадению как молочных, так и постоянных зубов уже к 14-15 годам, после чего патологический процесс прекращается. Иногда присоединяется деформирующий артроз. Лечение симптоматическое, прогноз благоприятный.





- **Десмодонтоз-**

- периодонтит, наследственное заболевание, энзимопатия. Имеется связь с Гр- анаэробными микроорганизмами (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*). Проявляется быстро прогрессирующей дегенерацией тканей пародонта без выраженного воспаления с первичным поражением циркулярной связки и волокон периодонта. Основные жалобы в начальной стадии на подвижность первых моляров и центральных резцов, позднее в процесс вовлекаются и другие зубы. При осмотре в области подвижных зубов определяются узкие глубокие карманы без отделяемого, десна легко отслаивается. На рентгенограмме — резорбция вертикального типа с глубокими костными карманами, разрушение костной ткани диффузное, резорбция в виде «арок» от второго премоляра до второго моляра. Разрушение опорного аппарата зуба ведет к их ранней потере.
- Лечение симптоматическое, антибиотикотерапия — доксициклин по 100 мг в сутки в течение 14 дней; непростин по 0,25 г 2 раза в день в течение 5-7 дней; имудон по 4-6 таблеток в день на 10 дней. Хирургические методы лечения- гингивотомия, кюретаж, лоскутные операции с применением остеотропных препаратов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!