

Волгоградский государственный
медицинский университет



**ПАРОДОНТОЗ. РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ.
ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПАРОДОНТА(ИДИОПАТИЧЕСКИЕ, ОПУХО-
ЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПАРОДОНТА.**

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**Пародонтоз - дистрофический
генерализованный процесс,
поражающий все элементы пародонта.**

**Распространенность не превышает 2%
среди всех заболеваний пародонта.**

Классификация К о5.4

По клиническому течению:

- хронический,
- ремиссия.

По степени тяжести:

- Легкая, оголение корня зуба до $\frac{1}{3}$ его длины,
- Средняя - до $\frac{1}{2}$,
- Тяжелая – более $\frac{1}{2}$.

Этиология

- атеросклеротическое изменение сосудов,
- нервно-сосудистый фактор (нарушение регуляции трофики).

Фоновые заболевания:

- сердечно-сосудистая патология,
- эндокринные и неврогенные заболевания.

Клиника

Жалобы пациентов:

- **обнажение корней зубов,**
- **повышенная чувствительность к температурным и химическим раздражителям,**
- **появление диастем,**
- **веерообразное расхождение**
- **зубов,**
- **зуд в деснах.**

Внимание!

Больным,
ожидающим приема,
просьба не делиться
друг с другом
симптомами
заболевания.
Это затрудняет
постановку диагноза.

Спасибо всем
за понимание

Клиника



Объективный осмотр:

- Десна бледно-розового цвета, без явлений воспаления.
- Отсутствие пародонтальных карманов.
- Оголение шеек и корней зубов различной степени.
- Отсутствие подвижности зубов.
- Удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.
- Наличие некариозных поражений зубов (стираемость зубов, клиновидные дефекты, гиперстезия).

Клинические проявления пародонтоза



Рентгенологические признаки

Уменьшение костномозговых пространств.

Мелкоячеистый рисунок кости.

Равномерное горизонтальное уменьшение
высоты межзубных перегородок до $\frac{1}{3}$
длины корня при легкой степени тяжести, до
 $\frac{1}{2}$ - при средней степени тяжести, до $\frac{2}{3}$ –
при тяжелой степени.

Сохранена кортикальная пластина костной
альвеолы!!!

Сочетание очагов остеопороза и
остеосклероза.

Ортопантомограмма (пародонтоз легкой степени тяжести)



Лечение.

- 1) обучение (контроль) пациента правильному уходу за зубами, пародонтом и слизистой оболочкой рта;
- 2) устранение местных раздражающие факторов (пломбирование кариозных полостей, восстановление контактных пунктов, временное шинирование, снятие зубного камня и зубного налета, выявление и устранение травматической окклюзии, дефектов протезирования, восстановление жевательной эффективности и др.);
- 3) лечение системной гиперестезии, повышенной стираемости твердых тканей зубов, клиновидных дефектов, проведение реминерализующей терапии (нанесение фторлака, 1—2 % раствора фторида натрия, введение солей кальция и фосфора и др.);
- 4) рациональное протезирование и шинирование;
- 5) физические методы лечения (гидромассаж, вибромассаж, электро- и фонофорез 2 % раствора фторида натрия, 2,5 % раствора кальция глицерофосфата.).

Идиопатические заболевания и доброкачественные новообразования пародонта .

- десмодонтоз;
- гистиоцитоз X;
- синдром Папийона-Лефевра

Десмодонтоз (юношеский пародонтолиз)

Этиология заболевания неизвестна. Ведущей считают роль наследственного фактора. Заболевают чаще подростки в период полового созревания, молодые женщины. В клинике различают две стадии: отсутствие воспалительных явлений, бессимптомное начало. Ранний признак – симметричное поражение первых резцов и моляров с обоих сторон челюсти (появление диастем).



Гистиоцитоз X

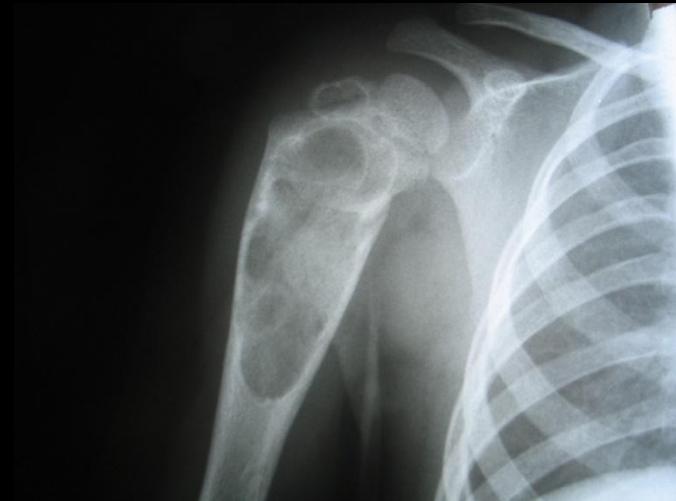
- Эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова);
- Синдром Хенда-Шуллера-Крисчена;
- Синдром Леттера – Сиве.

Эозинофильная гранулема

локализованный гистиоцитоз X.

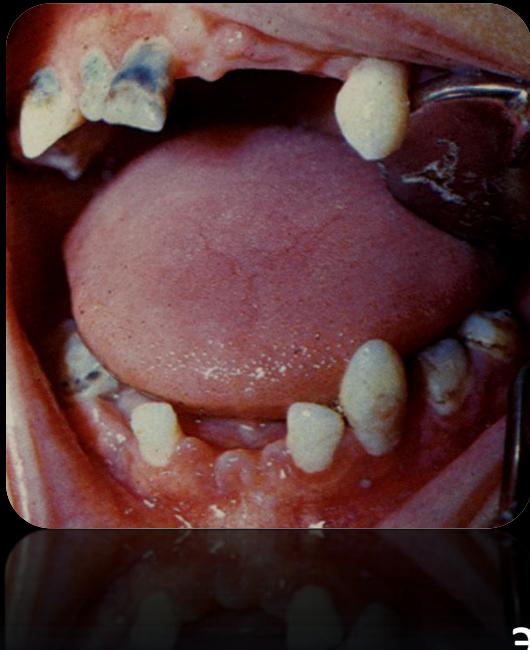
Поражает чаще детей и юношей. В клинике различают продромальный период и выраженную стадию.

Процесс чаще локализуется в плоских костях; поражаются череп, нижняя челюсть (альвеолярный отросток и восходящая ветвь).



Эозинофильная гранулёма

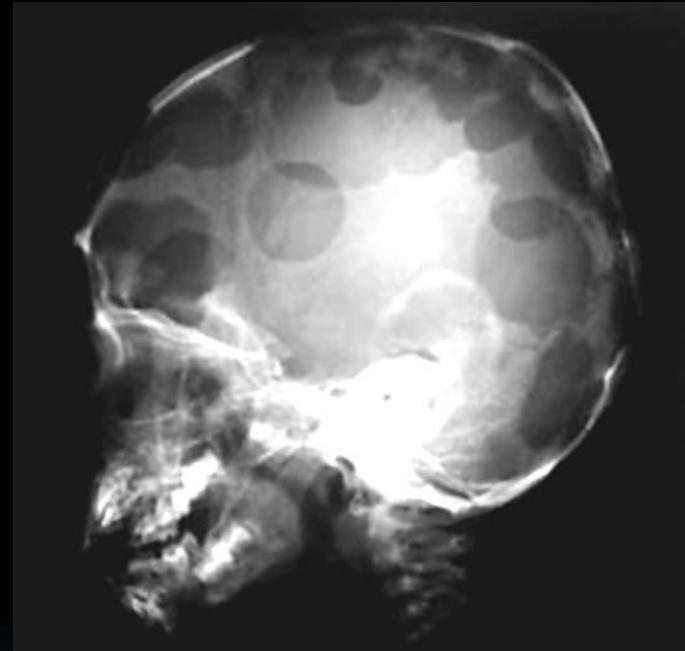




Эозинофильная гранулема

Синдром Хенда-Шуллера-Крисчена

диссеминированный хронический гистиоцитоз X - сопровождается несахарным диабетом, экзофтальмом, опухолевидными образованиями в костях. В полости рта период выраженных изменений напоминает генерализованный пародонтит. Рентгенологически определяется деструкция костной ткани альвеолярного отростка.

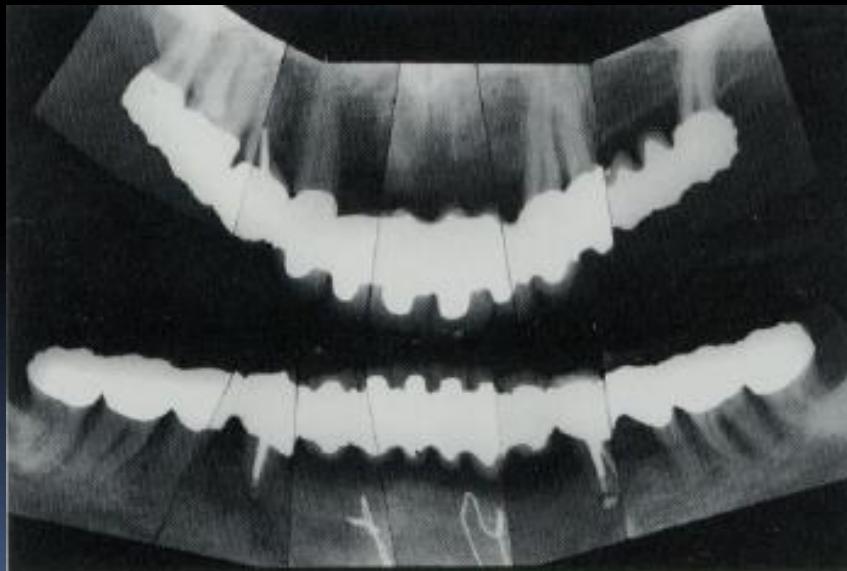


Синдром Леттерера-Сиве

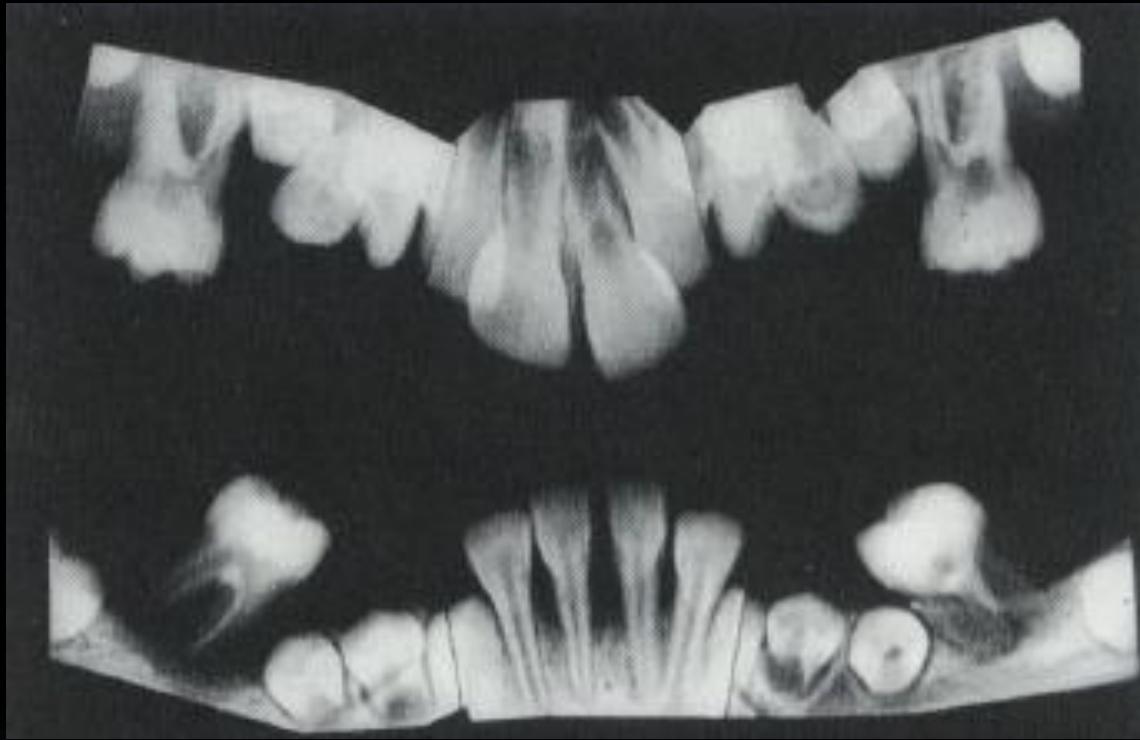
острый диссеминированный гистиоцитоз X, чаще бывает у детей до трех лет. В развивающейся стадии характеризуется высокой температурой, пятнисто-папулезными высыпаниями на коже, увеличением печени и селезенки, лимфаденитом. Изменения в полости рта сходны с генерализованным пародонтитом.

Синдром Папийона-Лефевра.

Редкая, передаваемая по аутосомно-рецессивному типу форма гиперкератоза, проявляющаяся поражением кожи рук и стоп, в сочетании с тяжелыми формами пародонтита. Прогрессирующаяся деструкция костной ткани альвеолярного отростка приводит к выпадению молочных и постоянных зубов за короткий промежуток времени.



Синдром Папийона-Лефевра.
Пациентка, 31 год.
Гиперкератоз, лизис тканей
пародонта.



Синдром Папийона-Лефевра. Девочка 7 лет. Лизис альвеолярной кости в области первых моляров.

Пародонтомы.

- фиброматоз десен,
- гигантоклеточный эпulis,
- эпулид
- пародонтальная киста.

фиброматоз



Эпулис гигантоклеточный

Локализуется, в основном, на нижней челюсти в области нижних больших коренных зубов. Вдвоем реже локализация происходит в области малых коренных зубов на верхней челюсти.

Лечение: хирургическое.

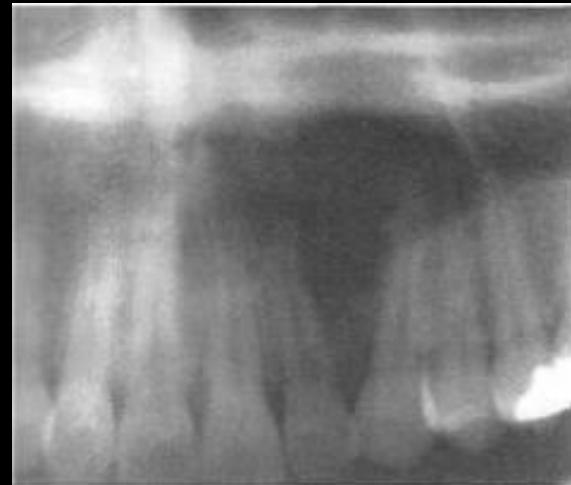


Эпулид

- Эпулид начинает разрастаться в случае травмы десневого края, нерационально изготовленного протеза или во время беременности. В период беременности эпулид быстро растёт и часто рецидивирует. На беззубой челюсти эпулиды практически не развиваются
- Небольшой эпулид не нарушает устойчивости расположенных рядом зубов. По мере разрастания опухоли, её ножка прорастает в альвеолы соседних зубов, постепенно их расшатывая.
- Лечение: хирургическое



Пародонтальная киста



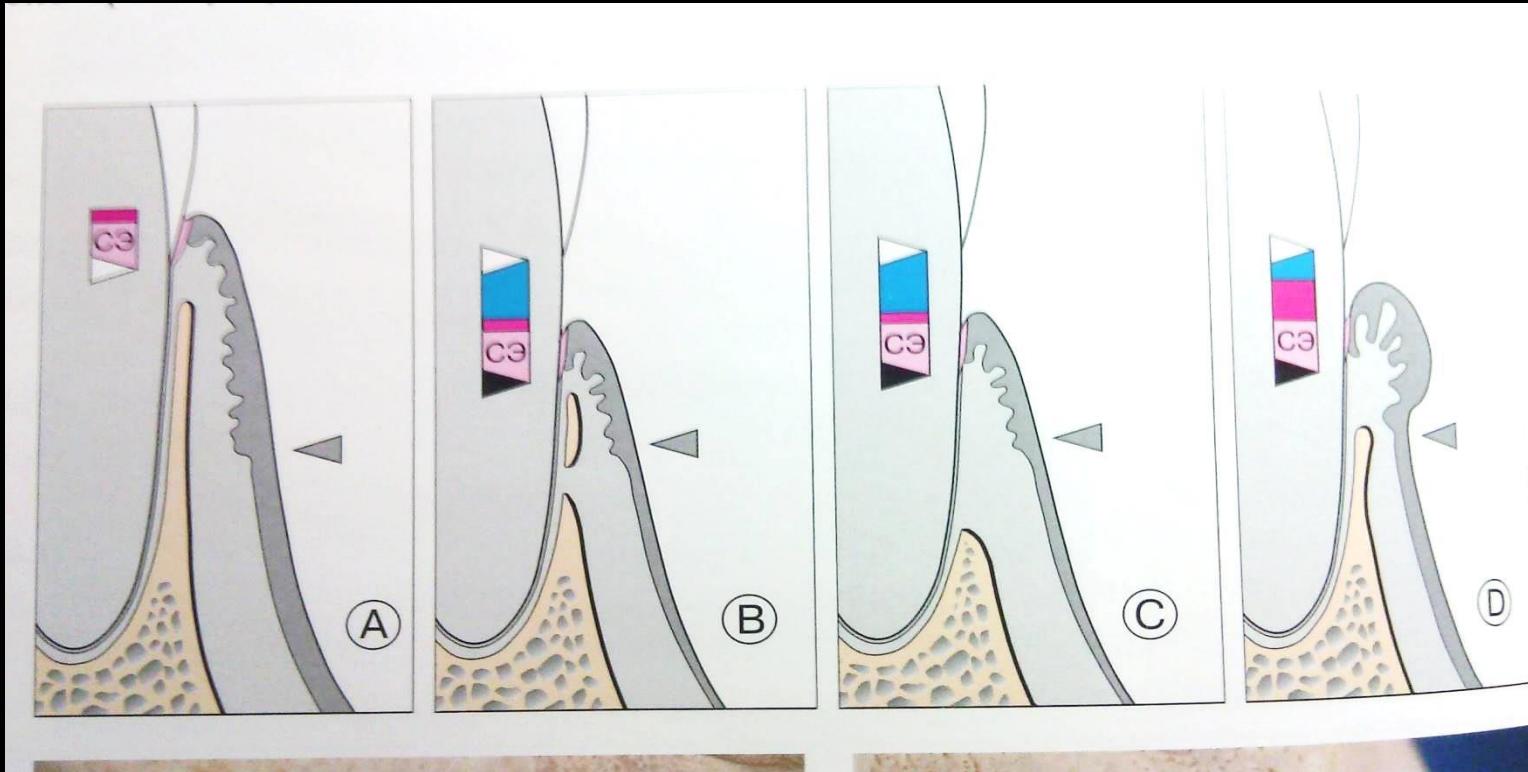
«Классическая» рецессия

Рецессия десны – это изменение уровня поверхности десны относительно поверхности зуба, которое ведет к обнажению корня зуба.

Этиология: особенности морфологического и анатомического строения вестибулярной пластиинки альвеолярной кости - тонкая, отсутствует или фенестрирована. Чаще развивается в области передних зубов и премоляров.

Факторы:

- травматичная чистка зубов (горизонтальные движения и сильное давление);
- короткая уздечка губы;
- ортодонтическое лечение;
- бруксизм.



А-десна и нормальная костная ткань

В-фенестрированная костная пластина

С-отсутствие костной пластины

Д-тонкая костная пластина

Рецессия десны Ко 6.0

- «Классическая» рецессия наблюдается в отсутствии воспаления, не сопровождается потерей межзубных сосочков, локализуется с вестибулярной стороны.
- Рецессия на фоне прогрессирующего пародонтита, пародонтоза.
- Рецессия после проведенного хирургического лечения.
- Возрастные инволютивные изменения маргинальной десны.

Проявления рецессии



Начальная стадия



Гирлянда Макколла



Выраженная локализованная
рецессия



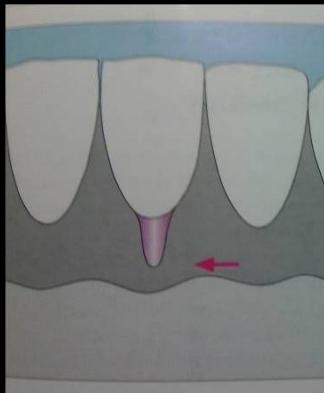
Рецессия при прогрессирующем пародонтите

Рецессия после хирургического лечения

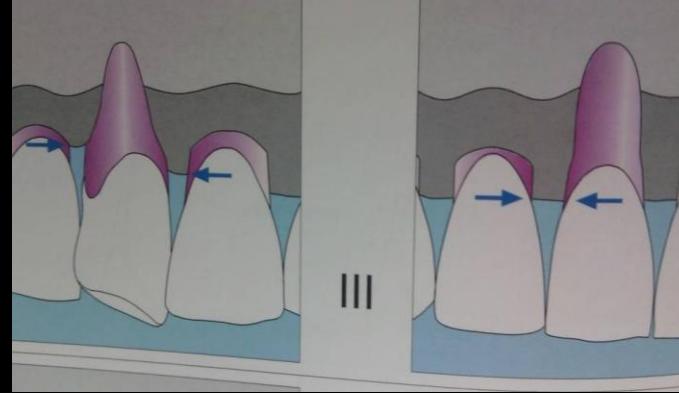
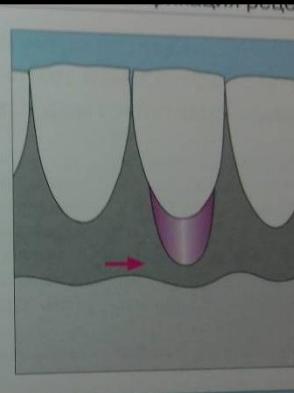


Возрастные изменения

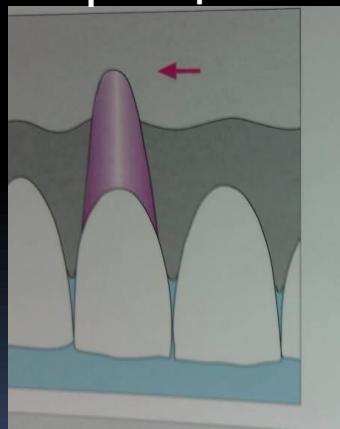
Классификация рецессии по Miller



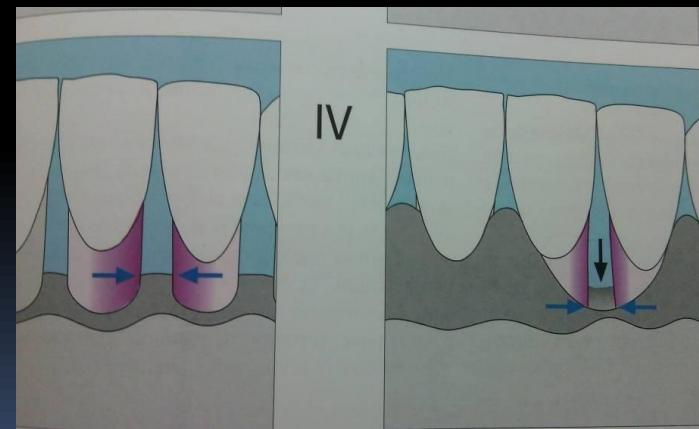
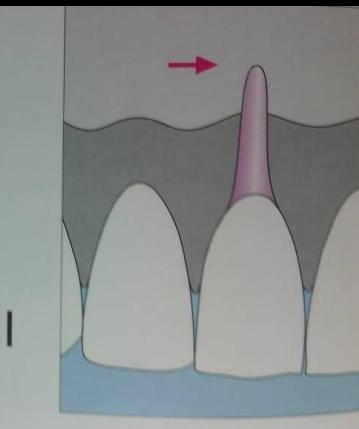
Узкая и широкая до
мукогингивальной
границы



Широкая рецессия, с атрофией
сосочков при неправильном
расположении зубов



Узкая и широкая, пересекающая
мукогингивальную границу



Утрата кости и десны по
периметру зуба.

Лечение

Консервативное и хирургическое:

При отсутствии жалоб пациента на повышенную чувствительность зубов и наличие эстетического дефекта терапия апикального смещения десны включает обучение правилам гигиены (особое внимание уделяется выбору средств ухода за полостью рта), устранение мягких и твердых поддесневых и наддесневых отложений, контроль окклюзионных контактов.

Восстановление маргинальной десны может выполняться с использованием однослойных и двухслойных методик закрытия рецессии, а также способом направленной тканевой регенерации. Оптимальными местными условиями для проведения операции по устраниению рецессии десны являются глубокое преддверие полости рта, достаточная толщина и ширина зоны кератинизированной десны, толстый биотип пародонта.

Спасибо за внимание!