

Методическая разработка семинара для ординаторов № 50

Тема: Рецессия десны (K06.0). Другие заболевания пародонта (идиопатические, опухоли и опухолевидные заболевания пародонта (K05.5)). Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальная диагностика.

Форма проведения: семинар

Контингент обучающихся: ординаторы

Продолжительность семинара: 6 часа

Место проведения: кафедра стоматологии ИНМФО

Цель семинара: Научиться диагностировать, проводить дифференциальный диагноз при работе с пациентами с данными заболеваниями.

Формируемые профессиональные компетенции (ПК):

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

Краткий план проведения:

1. Организационные вопросы.
2. Обсуждение вопросов для выявления исходного уровня знаний.
3. Опрос по контрольным вопросам.
4. Демонстрация преподавателем методик проведения основных и дополнительных методов обследования при кариесе зубов и его осложнениях.

Методическое оснащение: методические разработки кафедры терапевтической стоматологии ВолгГМУ.

Материальное обеспечение: наборы стоматологических лотков с инструментами для приема больных и работы на фантомах; стоматологические пломбирочные материалы; расходные материалы; видеофильмы, тематические больные, тесты, ситуационные задачи; наборы рентгенограмм; презентации для мультимедиа-проектора.

Список основной и дополнительной литературы:

Основная литература:

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. ; под ред. Е. В. Боровского . - М. : МИА , 2011 . - 798 с. : ил., цв. ил.
2. Максимовский Ю. М. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : рук. к практ. занятиям / Максимовский Ю. М., Митронин А. В. ; М-во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 . - 423, [9] с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
3. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник для вузов / под ред. Г. М. Барера; [кол. авт.: Г. М. Барер и др.] . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература:

1. Камышников В. С. и др. Методы клинических лабораторных исследований [Текст] /под ред. В. С. Камышникова. - 7-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2015. - 735, [1] с. : ил., цв. ил.
2. Логинова Н.К. Методы функциональной диагностики в стоматологии [Текст] / Н. К. Логинова. - М. : МГМСУ, 2014. – 140 с.
3. Михальченко В. Ф. Примеры описания медицинской карты в практике терапевтической стоматологии [Текст] : учеб.-метод. пособие / Михальченко В. Ф., Алёшина Н. Ф., Радышевская Т. Н. и др. ; ВолгГМУ . - Волгоград , 2012 . - 64 с.
4. Сапин М. Р. Атлас анатомии человека для стоматологов [Электронный ресурс] / Сапин М. Р., Никитюк Д. Б., Литвиненко Л. М. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2013. – 600 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
5. Терапевтическая стоматология [Текст] : нац. рук. / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2009 . - 911с. : ил. + 1 CD-ROM . - Национальные руководства
6. Фирсова И. В. Дезинфекция и стерилизация в стоматологии [Текст] : учеб. пособие / ВолгГМУ Минздрава РФ ; [сост. : И. В. Фирсова и др.]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 70, [2] с. : ил.
7. Фирсова И. В. COMPLAINTNESS AND INFORMEDNESS OF PATIENTS IN STOMATOLOGICAL PRACTICE [Текст] : монография / И. В. Фирсова, В. В. Шкарин, Е. С. Соломатина ; ВолгГМУ Минздрава РФ ; [науч. ред. Н. Н. Седова]. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. - 243, [1] с. : ил. - Библиогр. : с. 240-243.
8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10 [Текст] : 10-й пересмотр : пер. с англ. Т.1, ч.1. - М. : Медицина, 2003. - (Всемирная организация здравоохранения, Женева).

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

1. Строение слизистой оболочки.
2. Анатомо-физиологические особенности строения десны.
3. Состав микрофлоры полости рта.
4. Изменение микрофлоры полости рта при различных заболеваниях полости рта.
5. Эмбриогенез полости рта.
6. Анатомо - физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта.
7. Состав микрофлоры полости рта.
8. Изменение микрофлоры полости рта при различных заболеваниях.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Какие заболевания сопровождаются рецессией десны (K06.0).
2. Типы рецессии десны. (K06.0).
3. Патогенез рецессии десны (K06.0).
4. Роль местных и общих факторов в развитии рецессии десны (K06.0).
5. Клинические проявления идиопатических, опухолей и опухолевидных заболеваний пародонта (K05.5).
6. Гистологические и рентгенологические изменения, происходящие при данных заболеваниях (K05.5).
7. Дифференциальная диагностика идиопатических, опухолей и опухолевидных заболеваний пародонта (K05.5).

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ (K06.0) - это апикальное смещение края десны без клинически видимых признаков воспаления, сопровождающееся обнажением корней зубов, повышенной чувствительностью обнажённых поверхностей и прогрессирующим эстетическим нарушением.

По распространённости рецессии бывают одиночными или множественными.

Иногда рецессия определяется в области всех зубов одной из челюстей, либо обеих челюстей.

Этиология.

Чаще возникновение и прогрессирующее увеличение размеров рецессии обусловлено влиянием местных факторов:

- нарушение архитектоники мягких тканей преддверия полости рта (тянущие тяжи и уздечки, мелкое преддверие полости рта);
- слабовыраженный экватор зуба или его отсутствие;
- преждевременные контакты (супраконтакты);
- патология прикуса и положения отдельных зубов, а также неадекватное ортодонтическое лечение, особенно при так называемом симптоме «стиральной доски».

КЛАССИФИКАЦИЯ

Общепринятой на сегодня считается классификация рецессии по Миллеру (1985) с одновременным прогнозом результатов лечения.

1. Класс I. Рецессия в пределах прикреплённой десны. Потеря десны и(или) кости в межзубных промежутках отсутствует. Прогноз: возможно закрытие на 100%.

- Подкласс А: узкая.
- Подкласс В: широкая.

2. Класс II. Рецессия распространяется на свободную десну. Потеря десны и(или) кости в межзубных промежутках отсутствует. Прогноз: возможно закрытие на 100%.

- Подкласс А: узкая.
- Подкласс В: широкая.

3. Класс III. Рецессия II класса сочетается с поражением аппроксимальных поверхностей. Прогноз: невозможно закрытие корня на 100%.

- Подкласс А: без вовлечения соседних зубов.
- Подкласс В: с вовлечением соседних зубов.

4. Класс IV. Потеря десны и кости в межзубных промежутках — циркулярная.

Прогноз: закрытие корня невозможно.

- Подкласс А: у ограниченного количества зубов.
- Подкласс В: генерализованная горизонтальная потеря десны.

ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

К пародонтомам, или опухолеподобным поражениям пародонта, относят: фиброматоз дёсен, эпюлис, пародонтальную кисту, пиогенную гранулёму и другие новообразования тканей пародонта.

К 06.80-06.83.

К 06.10. Фиброматоз дёсен.

К 06.82. Фиброзный эпюлис.

К 06.81. Гигантоклеточный эпюлис.

К 06.83. Пиогенная гранулёма.

Фиброматоз — диспластический процесс в соединительной ткани, не имеющий признаков воспалительной реакции и особенностей, присущих какой либо определённой опухоли. Фиброматоз принято разделять на наследственный и смешанный.

Наследственный фиброматоз характеризуется опухолевидным утолщением десны и нарастающим сначала расшатыванием, а потом и выпадением зубов. Он может возникать и период прорезывания молочных зубов. Чаще является наследственным, хотя может носить спорадический характер. Иногда может сочетаться с гипертрихомм, нейрофиброматозом, деменцией. По мере удаления зубов явления разрастания исчезают.

Рентгенологически по мере утяжеления процесса происходит нарастание признаков деструкции.

Фиброматоз взрослых (или смешанный) может возникать в любом возрасте. Клинически характеризуется диффузным разрастанием фиброзной плотной ткани в области или всех зубов обеих челюстей, или только в области фронтальных зубов. Фиброматозные разрастания могут покрывать значительную часть коронок мешать смыканию зубов, жеванию. Фиброматозные дёсны плотные, безболезненные, не изменены в цвете, признаки воспаления отсутствуют (отличие от Гипертрофического гингивита). Однако при формировании ложных карманов и скоплении микроорганизмов в них возможно возникновение воспаления.

Гистологически характеризуется пролиферацией фибробластов, увеличении объёме соединительной ткани, бедной сосудами.

Рентгенологически определяются явления остеопороза. При длительном течении, особенно в случае присоединения воспаления, возможно частичное разрушение межзубных перегородок.

Лечение хирургическое. Однако это даёт только временный эффект. Использование склерозирующей терапии и криотерапии малоэффективно. В случаях присоединения воспаления показано местное применение традиционных противовоспалительных средств.

Прогноз не всегда благоприятный: как указывалось, после иссечения разрастаний обычно возникают рецидивы. В редких случаях возможна малигнизация.

Кроме генерализованного, фиброматозное образование может носить очаговый характер. Это фибромы, которые могут быть одиночными или симметрично расположенными.

Эпулис — опухолеподобные соединительнотканые разрастания на альвеолярных отростках челюстей.

Этиология и патогенез. Причиной образования эпулиса преимущественно являются местные травматические факторы: острые края разрушенных зубов, нависающие края пломб, искусственных коронок, кламмеры протезов и т.д.

Однако такие разрастания происходят чаще всего, когда хроническое действие перечисленных факторов модифицируется значительным изменением гормонального фона. В частности, этим объясняют так называемые эпулисы беременных, которые образуются между клыками и премолярами на верхней челюсти.

Подобный фактор является причиной эпулисов и в пубертатном возрасте.

Гистологически различают фиброзный (гранулематозный), ангиоматозный и гигантоклеточный эпулис. Фиброзный и ангиоматозный эпулис обычно имеют связь с зубами, гигантоклеточный эпулис может формироваться и в участках отсутствующих зубов.

Клиническая картина. Влияние гормональных колебаний подтверждается тем, что у женщин эпулис встречается в 3-4 раза чаще, чем у мужчин. Фиброзный и ангиоматозный эпулис возникает преимущественно в молодом и зрелом возрасте (от 20 до 50 лет), гигантоклеточный — в любом возрасте.

Фиброзный эпулис обычно имеет овальную или округлую форму. Располагается на десне, с которой скреплён с помощью ножки различного размера: или тонкой, или широкой, иногда захватывающей несколько зубов. При пальпации плотный, эластичный,

безболезненный, не кровоточит, покрыт розовой слизистой, имеет чаще гладкую, реже — бугристую поверхность.

Гистологически определяется зрелая соединительная ткань, среди пучков которой иногда выявляются островки костного вещества, окружённые остеобластами.

Идиопатические заболевания пародонта

В зависимости от характера общей патологии заболевания с прогрессирующим лизисом пародонта можно разделить на следующие группы: КО5.5.

1. Системные заболевания (промежуточные заболевания между гиперпластическими и опухолевидными процессами).

- 1) Гистиоцитоз-Х (этиология неизвестна)
 - Эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова);
 - Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена;
 - Болезнь Леттерера-Зиве;
 - Керазиновый ретикулогистиоцитоз (болезнь Гоше)

2. Наследственные заболевания

- 1) Десмодонтоз (наследственная энзимопатия);
- 2) Синдром Папийона-Лефевра (наследственная кератодермия — аутосомно-рецессивный тип наследования)

3) Синдром Элерса-Данлоса (наследственно обусловленная коллагенопатия VIII типа — аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный тип наследования)

4) Синдром Тахакары (акаталазия) (наследственная болезнь крови — аутосомно-рецессивный тип отсутствия фермента каталазы крови)

5) Болезнь Нимана-Пика (Niemann-Pick)

3. Врожденные заболевания

1) Синдром Дауна (трисомия 21 хромосомы, монголизм, хромосомная болезнь)

4. Эндокринные заболевания

- 1) Сахарный диабет в декомпенсированной стадии
- 2) Гипотиреоз (микседема) гипофункция щитовидной железы

5. Опухолеподобные заболевания

1) Болезнь Иценко-Кушинга

6. Иммунодефицит

1) СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) - вызывается ретровирусом с ферментом обратной транскриптазы, поражает Т4-лимфоциты

Для заболеваний с быстро прогрессирующим лизисом тканей пародонта можно выделить общие признаки:

1. Возникновение заболеваний чаще всего происходит в раннем детском возрасте и прогрессирование в период полового созревания. В отдельных случаях встречаются у взрослых.

2. Быстро прогрессирующий лизис всех тканей пародонта, сопровождающийся выпадением зубов на протяжении 2-3 лет.

3. Клиническая картина сходна с обострением генерализованного пародонтита.

4. Поражаются ткани пародонта верхней и нижней челюсти.

5. Заболевания протекают с поражением внутренних органов и соответствующими изменениями лабораторных показателей.

6. Отмечается рентгенологическая картина: тенденция к воронкообразному типу резорбции костной ткани альвеолярного отростка, остеопороз костной ткани.

7. Рентгенологическая картина изменений костных структур опережает клиническую.

8. Устойчивость к консервативному лечению.