Кафедра терапевтической стоматологии

Реферат

на тему: “**Идиопатические заболевания пародонта**”

**Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта** (idios - составная часть греч. слов, означающая «особенный», «необычный» + pathos - страдание, болезнь, - возникающее без видимых причин, характеризующееся неясным происхождением). Т. И. Лемецкая [1989] указывает, что введение этого термина снимает ответственность с врача-стоматолога за выяснение общего заболевания.

В эту группу включены заболевания, не укладывающиеся по своим клиническим проявлениям и прогнозу в нозологические формы. Для них характерны следующие признаки:

1. неуклонное, как правило, быстрое прогрессирование выраженных процессов разрушения всех тканей пародонтального комплекса (десны, периодонта, костной ткани) на протяжении 2-3 лет, сопровождающееся выпадением зубов;

2. сравнительно быстрое образование пародонтальных карманов с гноетечением, смещением и расшатыванием зубов;

. своеобразные рентгенологические изменения с преобладанием вертикального вида резорбции костной ткани и образованием костных карманов, кистообразный вид деструкции и полное растворение костной ткани (остеолиз) за сравнительно короткий период времени. Остеолиз, например, наблюдается у детей при синдроме Папийона-Лефевра, когда поражается пародонт молочного прикуса и выпадают временные зубы.

Необходимо хотя бы кратко рассмотреть заболевания пародонта при синдромных поражениях. **Понятие «синдром»** некоторыми авторами *определяется как совокупность симптомов, объединенных общим патогенезом и проявляющихся в виде характерных признаков при некоторых патологических состояниях организма.* К сожалению, синдромов, относящихся к поражению пародонта, отечественными стоматологами описано очень мало. Проанализировав имеющуюся литературу, мы обобщили эти данные и опубликовали их в журнале «Пародонтология» (1998 год, №4). Вместе с тем, нет оснований утверждать, что этот перечень, охватывающий 26 синдромных поражений, завершен. По-видимому, его пополнение будет происходить постепенно за счет более тесного научного сотрудничества стоматологов, пародонтологов, врачей других специальностей (педиатров, эндокринологов), генетиков, биологов. Это позволит выделить из группы т. н. идиопатических заболеваний пародонта конкретные нозологические формы.

Остановимся лишь на некоторых синдромных поражениях.

**Болезнь Леттера-Зиве** в развившейся стадии характеризуется лихорадкой, бледностью кожных покровов, адинамией, похуданием и потерей аппетита, гепато- и спленомегалией, явлениями генерализованного пародонтита с прогрессирующим остеолизом альвеолярного отростка. По современным воззрениям, этот патологический процесс - острый диссеминированный гистиоцитоз X. **Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена** также относится к гистиоцитозу, но к его хронической диссеминированной форме. Для нее характерна кожная сыпь, резорбция костей черепа, экзофтальм, несахарный диабет, увеличение печени, селезенки, отит, генерализованный пародонтит. **Эозинофильная гранулема** (доброкачественная локализованная форма гистиоцитоза X) характеризуется быстро прогрессирующим генерализованным пародонтитом. Десны как бы отслаиваются от зубов. Поражения пародонта наблюдаются и при агаммаглобулинемии, акаталазии.

К **пародонтомам** относятся фиброматоз десен, эпулис, пародонтальная киста и другие новообразования тканей пародонта первичного или метастатического характера, а также опухолеподобные патологические процессы в области пародонта.

При таких синдромах, как ладонно-подошвенный кератоз, нейтропения, дети утрачивают вначале временные зубы, а затем, по мере прорезывания, и постоянные.

Обычно в таких случаях удается выявить ту или иную форму патологии, которая сочетается с другими клиническими проявлениями, характерными для нейтропении, сахарного диабета и др.

**Эозинофильная гранулема.** Эозинофильная гранулема встречается в клинической практике в виде диффузной и очаговой форм (Цегельник, 1961; Колесов и др., 1976). Наблюдается и у детей. В полости рта развивается гингивит, сопровождаемый образованием пародонтальных карманов, подвижностью зубов. На ранних стадиях болезни проявления в полости рта часто бывают первыми и единственными симптомами. Рентгенологически определяются остеопороз и рассасывание костной ткани. При очаговой форме процесс носит ограниченный характер с выраженной компенсаторной реакцией (зона склероза по периферии очага разрежения). Патоморфологическая картина характеризуется скоплением ретикулярных клеток, эозинофилов, лимфомакрофагальной инфильтрацией.

**Болезнь Леттера-Зиве.** Тяжелое течение характеризуется лихорадкой, бледностью кожных покровов, адинамией, похуданием и потерей аппетита, гепато- и спленомегалией. В полости рта отмечаются явления генерализованного пародонтита с прогрессирующим остеолизом костной ткани. Рентгенологически определяются остеопороз, диффузное рассасывание межальвеолярных перегородок и очаговое - тела челюсти.

**Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена.** Также относится к ретикулогистиоцитозам. Клинически проявляется несахарным диабетом, экзофтальмом, опухолевидными образованиями в костях, задержкой в росте и развитии. В период выраженных симптомов клинические проявления полости рта напоминают картину генерализованного пародонтита. Рентгенологически определяется деструкция костной ткани альвеолярных отростков челюстей.

**Синдром Папийона-Лефевра**. Характеризуется прогрессирующим остеолизом кости альвеолярного отростка челюстей, который прекращается с выпадением зубов. Этиология неизвестна. Наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Синдром сопровождается гиперкератозом и шелушением ладоней, подошв. Клинические и рентгенологические признаки изменений пародонтальных тканей укладываются в картину генерализованного пародонтита. Гистологически выявляется инфильтрат, заполняющий всю десну и состоящий преимущественно из плазматических клеток. Лечение симптоматическое.

**Десмодонтоз. *Десмодонтоз*** - относится к разряду идиопатических заболеваний пародонта. Его 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. Встречается данное заболевание крайне редко. Чаще всего его можно наблюдать в детском и юношеском возрасте и его протекание имеет хронический характер.



идиопатический пародонт гранулема десмодонтоз

***Десмодонтоз*** 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. ***При десмантозе*** 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, в данном случае, требуется симптоматическое, а при уже развившихся стадиях происходит удаление поврежденных зубов и проводится ортопедическое лечение.

Пародонтолиз - патологическое состояние пародонта, при котором ведущее значение имеют некоторые заболевания организма, синдромы с невыясненной этиологией. Это десмондонтоз, гистиоцитоз X, синдром Лапийон-Лефевра и др.

Общая характеристика пародонтолиза: неуклонное прогрессирование процессов разрушения всех тканей пародонта, быстрое образование пародонтальных карманов, определяющее выделение гноя, подвижность зубов, смещение и дистрофию; в сравнительно короткий период времени появляются костные карманы, преобладает деструкция вертикального типа, затем образуются лакуны, процессы остеолиза ведут к полному рассасыванию костной ткани пародонта и выпадению зубов в течение 2-3 лет.

Десмодонтоз (юношеский пародонтолиз) - этиология заболевания неизвестна. Предполагается значение наследственного фактора. Заболевают чаше подростки в период полового созревания, молодые женщины.

В клинике различают две стадии.

Первая стадия десмодонтоза - воспалительные явления отсутствуют, начало заболевания часто просматривается. Ранние симптомы - смещение первых резцов и моляров в губном, щечном и дистальном направлениях. Появляются диастемы.

Характерна симметричность поражения (первые резцы и моляры с обоих сторон челюсти). Десневой край на всем протяжении не изменен; кровоточивость, над- и поддесневые камни отсутствуют; ИГ в пределах нормы. РМА = 0%. В области подвижных зубов отмечаются узкие и глубокие пародонтальные карманы без отделяемого. На рентгенограммах - резорбция костной ткани вертикального типа с глубокими костными карманами.

Вторая стадия десмодонтоза - прогрессирует подвижность зубов, присоединяется воспаление, появляются боли в деснах, отечность, кровоточивость. При осмотре определяются различной глубины пародонтальные карманы с гнойным отделением, отмечается обострение процесса, абсцедирование. Подвижность зубов циклична: зуб подвижен, затем может укрепиться, потом опять стать подвижным.

Формируется вторичная травматическая окклюзия, электровозбудимость пульпы подвижных зубов снижена, на рентгенограммах определяется диффузное разрушение костной ткани в области первых моляров и резцов, резорбция кости в виде арок.

Гистологическая картина: в эпителии нет структурных изменений, в подслизистом слое гиперваскуляризация, утолщение стенок капилляров, лимфоплазмоцитарная инфильтрация, утолщение коллагеновых волокон, гиалиновый склероз.

В периодонте отек, дезорганизация, гиалиноз коллагеновых волокон, цемент резорбирован. В кости истончение компактной пластинки, остеолиз. Остеокластическая реакция отсутствует.

Лечение носит симптоматический характер. Проводят кюретаж, гингивотомию с обязательной предварительной депульпацией зубов и введением препаратов, усиливающих репаративную регенерацию костной ткани. Прогноз неблагоприятный. Если процесс заимел далеко - удаление зубов и протезирование.

Термин "Гистиоцитоз X" объединяет эозинофильную гранулему, синдромы Хенда-Шуллера-Крисчена и Леттерера-Зиве. Этиология заболевания не выяснена, предполагается значение вирусной инфекции, травмы и наследственного фактора.

Морфологические изменения при всех формах одинаковы: диффузная гистиоцитарная пролиферация сопровождается геморрагическим отеком, некрозом и лейкоцитарной реакцией. Наличие эозинофилов зависит от формы и стадии заболевания, которые могут переходить из одного в другое.

Эозинофильная гранулема - локализованный гистиоцитоз X.

Поражает чаще детей и юношей (20-25 лет). В клинике различают продромальный период и выраженную стадию.

Продромальный период - возникают одиночные очаги деструкции в скелете, проявляющиеся незначительной болью, зудом, припухлостью в пораженном участке. Процесс чаще локализуется в плоских костях, поражаются череп, нижняя челюсть (альвеолярный отросток и восходящая ветвь). Появляются подвижность одного-двух моляров, кровоточивость десен, может быть изъязвление десневого края, глубокие пародонтальные карманы без гнойного оделяемого.

После удаления зубов лунка долго не заживает. В костной ткани наблюдаются очаги резорбции овальной или округлой формы, с локализацией в области верхушек зубов, область угла нижней челюсти, восходящей ветви.

Течение длительное, очаги могут подвергаться обратному развитию или переходить в другие формы, чаше в синдром Хенда-Шуллера-Крисчена.

Синдром Хенда-Шуллера-Крисчена - (диссемииироваииый хронический гистиоцитоз X) - сопровождается несахарным диабетом, экзофтальмом, опухолевидными образованиями в костях. В полости рта период выраженных изменении напоминает генерализованный пародонтит. Рентгенологически определяется деструкция костной ткани альвеолярного отростка.

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

Лечение гистионитозов Х проводят вместе с онкологами и гематологами.

Местная терапия полагает удаление зубных отложений под аппликационным обезболиванием, кюретаж пародонтальных карманов, удаление зубов, находящихся в терминальной стадии, и ортопедическое лечение.