

КРЫМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. С.И.ГЕОРГИЕСКОГО
КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ
ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: АСС. И.И. АНДРИАНОВА

Презентация на тему :
«Пародонтомы»

Выполнил:
Чеченов Салим 154А

Пародонтомы – это в большинстве случаев опухоль мягких тканей, поскольку именно эти ткани более склонны к различного рода травматизации. Это может быть фиброма, эпулис, липома, одонтогенные опухоли.

Код по международной классификации болезней МКБ-10:
K05.5 другие заболевания пародонта



Фиброма



Эпулис

ФИБРОМА

Фиброма полости рта — доброкачественное новообразование, состоящее из волокон зрелой соединительной ткани. Фиброма полости рта может располагаться на внутренней поверхности щек, слизистой оболочке губ, мягком небе, деснах, языке.



Клиника.

Фиброма полости рта имеет вид возвышающегося над общей поверхностью слизистой образования с широким основанием или ножкой. Она безболезненна, имеет полушаровидную форму и покрыта слизистой оболочкой обычного розового цвета. Поверхность фибромы полости рта гладкая и, в отличие от папилломы, не имеет выростов. Каких-либо изменений слизистой в области фибромы обычно не наблюдается. В редких случаях над опухолью отмечается изъязвление. При этом возможно присоединение инфекции с развитием воспалительных проявлений: покраснения, припухлости, болезненности в области фибромы. Для фибромы полости рта типично медленное увеличение в размерах. Если фиброма не подвергается травмированию, то ее размер может длительное время оставаться стабильным. При постоянной травматизации возможно злокачественное перерождение опухоли

Типы фибром полости рта :

- **Плотная фиброма** полости рта имеет плотную консистенцию, обусловленную тем, что состоит она из грубых соединительнотканых волокон, содержащих малое количество ядер и плотно прилегающих друг к другу. Обычно располагается на твердом небе и в области десен.
- **Мягкая фиброма** имеет мягкую консистенцию благодаря тому, что образована тонкими рыхло расположенными соединительноткаными волокнами с большим числом ядер. Частая локализация мягкой фибромы полости рта – слизистая языка и щек. На языке и слизистой дна полости рта иногда встречаются новообразования смешанного типа – фиброгемангиома, фибролипома и т. п.
- **Фиброма от раздражения** не является истинной опухолью, а представляет собой результат гиперплазии реактивного характера, развивающейся в ответ на хроническое раздражающее воздействие механических или химических факторов. Это наиболее часто встречаемый тип фибромы полости рта. Фиброма от раздражения появляется на слизистой в виде папулы розоватого цвета. По мере роста она трансформируется в имеющий правильную округлую форму плотный узелок. Повторное травмирование может привести к появлению бугристости на поверхности образования и его изъязвлению.
- **Симметричные фибромы** образуются в области третьих маляров на небной поверхности десны. Они имеют плотную консистенцию и бобовидную форму. Эти образования не являются истинной фибромой полости рта, а представляют собой разрастание десны, сопровождающееся рубцовыми изменениями.
- **Дольчатая фиброма** полости рта отличается бугристой поверхностью и возникает в результате реактивной гиперплазии тканей десны при ее хроническом травмировании съемным протезом.
- **Фиброзный эпюлис**. Такое название носит фиброма полости рта, локализуемая на десне. Обычно фиброзный **эпюлис** характеризуется плотной консистенцией и очень медленным ростом.

Диагностика фибромы полости рта:

Характерная клиническая картина фибромы полости рта в большинстве случаев позволяет стоматологу поставить диагноз на основании осмотра и пальпации образования. Для определения глубины прорастания основания фибромы в подлежащие ткани возможно проведение УЗИ. В редких случаях, обычно при наличии изъязвления или воспалительных изменений в области фибромы, показана биопсия образования. Чаще гистологическое исследование фибромы полости рта проводится после ее удаления.

Важным моментом является диагностика причинного фактора образования фибромы полости рта. С этой целью проводится тщательный стоматологический осмотр, направленный на выявление воспалительных заболеваний полости рта, рентгенография или радиовизиография, выполняется ортопантомограмма и пародонтограмма. Пациентам с зубными протезами необходима консультация стоматолога-ортопеда для исключения травматического воздействия имеющегося протеза на ткани полости рта.

Дифференциальную диагностику фибромы необходимо проводить с липомой, папилломой, бородавкой, эпулисами различного строения, невриномой и пр. При локализации фибромы полости рта на языке проводят ее дифференциацию от других доброкачественных опухолей языка и от рака языка.

Лечение фибромы полости рта.

Наиболее эффективным методом лечения фибромы полости рта является ее хирургическое иссечение, которое может быть произведено при помощи лазера или радиоволнового метода. Фибромы полости рта на ножке удаляют вместе с ножкой двумя окаймляющими разрезами. Фиброму на основании иссекают вместе с основанием окаймляющим или дугообразным разрезом. Удаление фибромы на красной кайме губы производят разрезом, перпендикулярным прохождению волокон круговой мышцы рта. При фиброме полости рта большого размера для предотвращения деформации слизистой производят лоскутное закрытие оставшегося после удаления опухоли дефекта. Лоскут выкраивают V-образным разрезом из рядом расположенных тканей.



ЭПУЛИС

Опухолеподобное поражение альвеолярного отростка. Выделяют фиброматозный и ангиоматозный формы эпюлиса. Обнаруживают в основном у лиц зрелого возраста, у женщин чаще, чем у мужчин. Этиологическим фактором является хроническая травма слизистой оболочки, в результате которой развивается хронический продуктивный воспалительный процесс с образованием грануляций, которые по мере созревания превращаются в зрелую соединительную ткань.



Клиника.

Фиброматозный эпюлис представляет собой плотное безболезненное разрастание розового цвета, часто с гиперемизированным краем, неправильной формы с четкими границами на широком, реже узком, основании. Локализуется, как правило, на десне с вестибулярной стороны, может распространяться через межзубный промежуток в виде седла на язычную или небную поверхность.

Ангиоматозный эпюлис.

Проявляется в виде ограниченного образования на десне, отличается от фиброматозного своим более ярким цветом, мягкой консистенцией, а также кровоточивостью, которая возникает как после травмы, так и самостоятельно. Микроскопически при ангиоматозном эпюлисе на фоне созревающей фиброзной ткани определяют большое количество кровеносных сосудов. Образование чаще в области передней и боковых частей зубной арки, мягкой консистенции, синюшного цвета, часто кровоточит и изъязвляется. Обычно наблюдается в детском и юношеском возрасте и нередко у беременных женщин. Гистологически сходен по своему строению с капиллярной гемангиомой.



Фиброматозный эпulis - возникает в детском и юношеском возрасте, а также при беременности, представляет собой плотное безболезненное разрастание розовой ткани с гиперемированным краем, неправильной формы с четкими границами на широком, реже узком основании. Локализуется на десне с вестибулярной стороны, может распространяться через межзубный промежуток в виде седла на язычную и небную поверхность. Гистологически сходен с твердой фибромой. Травмирующий фактор вызывает хроническое продуктивное воспаление десны с образованием грануляций, которые по мере созревания превращаются в зрелую соединительную ткань.



Постановка диагноза эпулис базируется на основании собранных жалоб, данных анамнеза, результатов клинического и гистологического исследований. В ходе физикального обследования врач-стоматолог выявляет на десне разрастание округлой или неправильной формы на широкой ножке. В зависимости от гистологического строения поверхность эпулиса может быть гладкой или складчатой, мягко- или плотноэластической консистенции, бледно-розового, красного или синюшного оттенка. Растет эпулис медленно. При гигантоклеточной форме опухоль достигает больших размеров, смещая зубы, граничащие и находящиеся в зоне роста новообразования. В результате этого интактные зубы становятся подвижными. При осмотре зубных рядов в большинстве случаев удается выявить причину эпулиса - разрушенный зуб, несостоятельную реставрацию, острый край коронки.

На рентгенограмме зуба по мере прорастания опухоли в периодонт определяют очаги разрежения костной ткани с нечеткими контурами без признаков периостальной реакции. При гистологическом исследовании гигантоклеточного эпулиса обнаруживают многоядерные клетки, макрофаги, зерна гемосидерина. Фиброматозный эпулис представлен разросшейся грубоволокнистой тканью с незначительными участками обызвествления. При ангиоматозной форме основу эпулиса составляет разветвленная сеть кровеносных сосудов. Дифференцируют эпулис с папилломой, фибромой полости рта, гипертрофическим гингивитом, десневым полипом.

Лечение.

После устранения этиологического фактора обычно наблюдается значительная регрессия образования. Если регрессия не полная проводится удаление эпюлиса.



ЛИПОМА

Липома — доброкачественная опухоль, состоящая из зрелой жировой ткани. Обнаруживается у лиц среднего возраста.



Клиника.

Встречается чаще в области наибольшего скопления жировой клетчатки (щечной, подподбородочной, поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областях). Опухоль инкапсулирована, медленно растет, не причиняет болей, приводит к взбуханию пораженного участка. При пальпации тестоватой консистенции, не всегда четко определяются ее границы. Возможен вариант липомы без оболочки (внутримышечная липома), который характеризуется инфильтративным ростом и прорастает поперечнополосатые мышцы.

Макроскопически опухоль желтого цвета, имеет дольчатое строение.

Ткань липомы отличается от нормальной жировой ткани неравномерной величиной долек и наличием нерегулярных прослоек из волокнистой соединительной ткани. Микроскопически в зависимости от соотношения жировой и фиброзной ткани выделяют два варианта опухолей: плотная липома (фибролипома) и мягкая липома. В некоторых случаях встречаются липомы, которые состоят из бурого жира (его эмбриональных остатков) и называются гиберномами (характеризуются круглыми или полигональными клетками, образующими ячейки или дольки).



Липома ЧЛО

Лечение.

Удаление опухоли вместе с капсулой.

ЛИПОСАРКОМА

Злокачественная опухоль, которая развивается из жировой ткани.



Клиника.

Липосаркома может развиваться как самостоятельная опухоль, так и путем озлокачествления липом. Рост относительно медленный, опухоль может достигать больших размеров. Часто по периферии опухоли возможна инфильтрация тканей. Метастазирует редко. Часто встречаются рецидивы после проведенных оперативных вмешательств. Макроскопически липосаркомы из эмбриональной ткани имеют очень тонкую (полупросвечивающуюся) капсулу, серого цвета с темно-красными прожилками, студенистой консистенции. При образовании из зрелой жировой ткани опухоль имеет плохо выраженную капсулу, желтого цвета с соединительнотканными прожилками, очагами некроза и кровоизлияний, более плотной консистенции.

Микроскопически различают: высокодифференцированную, миксоматозную (состоит из эмбриональной ткани), круглоклеточную (представлена фетальной жировой тканью) и полиморфную.

Лечение.

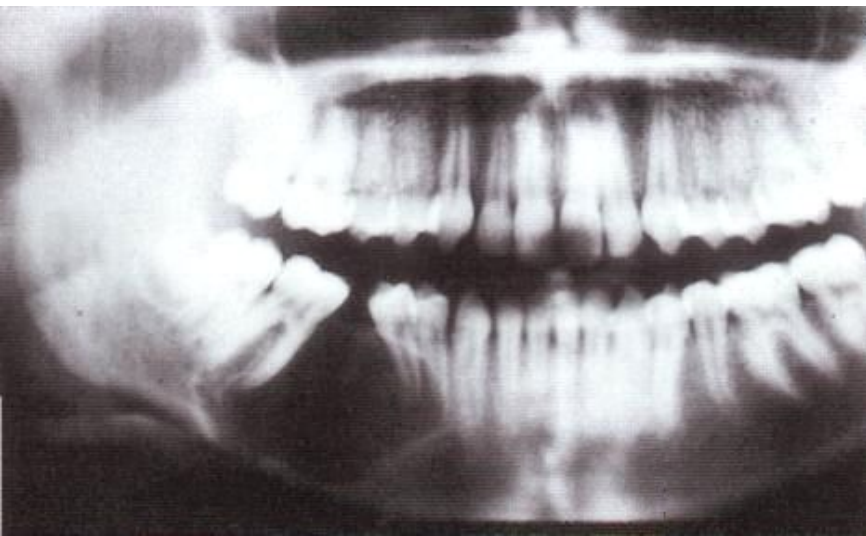
Хирургическое



МЯГКАЯ ОДОНТОМА

Одонтома представляет собой опухоль из различных зубных тканей и является ранней стадией образования твердой одонтомы. Чаще встречается у молодых пациентов, в период формирования постоянных зубов. В своей основе мягкая одонтома является низкодифференцированной истинной опухолью, хотя нередко наблюдаются относительно высокая степень дифференциации некоторых клеточных элементов.

Мягкая одонтома склонна к инвазивному росту и малигнизации.



Клиника.

Мягких одонтом не имеет типичных признаков. Локализуется на обеих челюстях, обычно — в зоне больших коренных зубов. Эта опухоль чаще напоминает адамантиному, характеризуясь равномерным или бугристым вздутием челюсти. Разрушив наружную пластинку коркового вещества челюсти, она прорастает в прилежащие мягкие ткани или выпячивается в полость рта. В последнем случае в полости рта определяется бугристая, синюшная опухоль упруго-эластической консистенции, кровоточащая от легкой травмы. Внешний вид такого новообразования на десне напоминает эпюлид.

Макроскопически на разрезе определяется мягкая почти гомогенная ткань сероватого цвета, с отчетливо определяющимися более плотными прослойками и тяжами белого цвета, иногда обнаруживаются петрификаты или зачатки зубов.

Микроскопическая картина: напоминает строение зубного сосочка на ранних стадиях развития, видны эпителиальные тяжи из однородных или полигональных эпителиальных клеток. Могут встретиться участки концентрических скоплений соединительно-тканых клеточных элементов.

Диагностика.

Рентген. Характеризуется нарушением кортикального слоя, отсутствие выраженной границы опухоли, может содержать постоянные зубы или их зачатки. В других случаях на рентгенограмме видны полости с довольно четкими контурами, подобно кистозным образованиям.



Лечение.

Хирургическое лечение заключается в радикальном удалении опухоли в пределах здоровых тканей (отступить на 2см от рентгенологически видимых границ опухоли). Выскабливание опухоли исключается т.к. ведет к возникновению рецидива. В редких случаях при локализации в пределах альвеолярного отростка, допустима щадящая резекция челюсти с сохранением непрерывности кости. При распространении в мягкие ткани выполняют резекцию окружающих ее тканей. После проведения оперативного вмешательства на нижней челюсти показана одномоментная костная пластика дефекта.

ФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ КИСТЫ.

Происхождение этих кист связывают с нарушением развития зубного зачатка – обособленного тканевого образования, из которого в эмбриогенезе формируется зуб. Развитие кисты может произойти на любой стадии развития зуба, чем объясняется присутствие в фолликулярной кисте рудиментарного или нормально развитого зуба. Фолликулярная киста развивается вокруг коронки непрорезавшегося зуба.

Фолликулярная киста чаще обнаруживается в более молодом возрасте но может наблюдаться в любом возрасте. Выявляются как на верхней, так и на нижней челюстях. У детей фолликулярные кисты чаще локализуются в области нижних больших коренных зубов или верхних клыков, у взрослых – нижних зубов мудрости, верхних клыков и сверхкомплектных зубов.



Клиника.

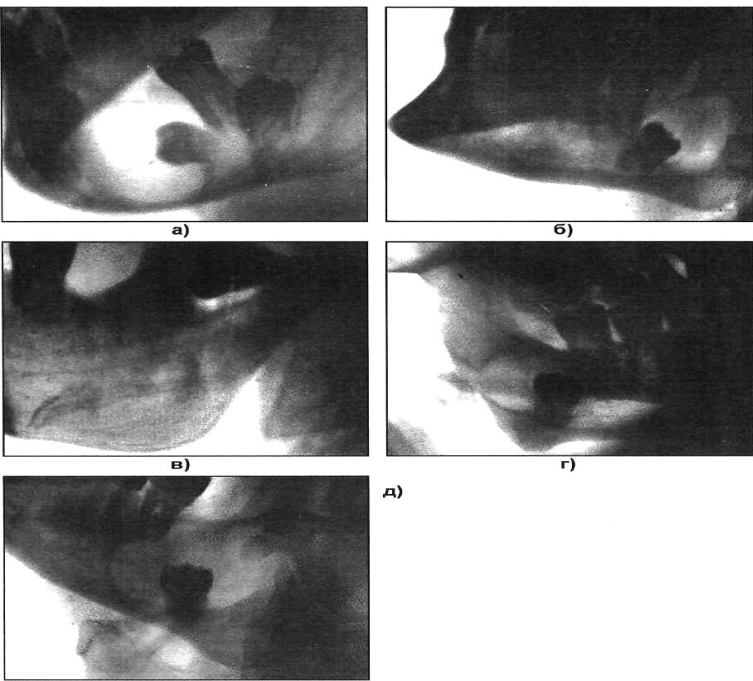
Рост кисты бессимптомный. При осмотре больного можно выявить сохранившийся молочный зуб и отсутствие постоянного зуба в зубном ряду (исключением будет развитие кисты из сверхкомплектного зуба). Фолликулярные кисты редко нагнаиваются.

Для фолликулярной кисты характерно наличие однокамерной полости заполненной прозрачной жидкостью желтого цвета с кристаллами холестерина. В полость кисты обращена коронка непрорезавшегося зуба, оболочка которой прикрепляется строго по шейке «причинного» зуба.

Диагностика.

Рентгенологически определяется гомогенное разрежение костной ткани округлой или овальной формы с четкими ровными границами по типу монокистозного очага поражения и наличие ретенированного зуба с коронкой обращенной в полость кисты. Корень зуба всегда находится за пределами кисты.

В редких случаях фолликулярная киста развивается до формирования зуба (является зубонесодержащей) в этом случае отличить ее от других кист не представляется возможным без гистологического исследования.



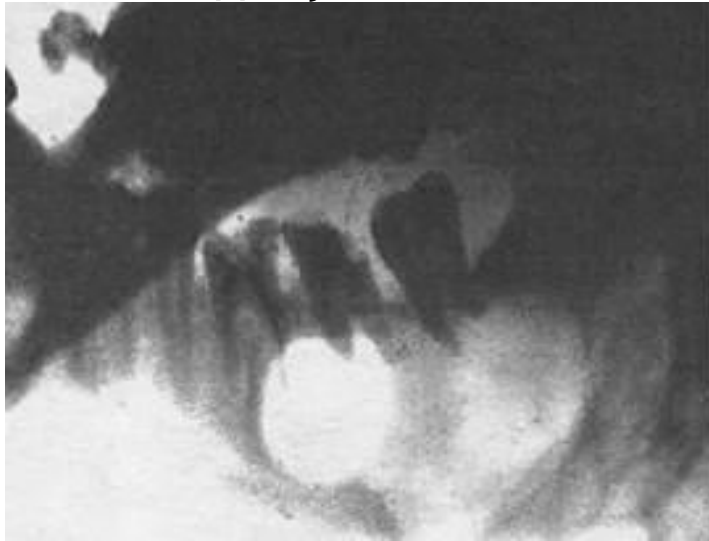
Лечение.

Заключается в полном удалении кистозного образования вместе с причинным зубом.

ПАРАДЕНТАЛЬНЫЕ КИСТЫ.

При затрудненном прорезывании третьего моляра нижней челюсти между челюстной костью и зубом формируется костный карман заполненный фиброзной тканью.

Парадентальные кисты развиваются из эпителиальных клеток (плоскоклеточный эпителий полости рта) эктопированных в эту фиброзную ткань. При наличии воспалительных явлений эпителиальные клетки дифференцируясь формируют небольшие полости. Со временем, сообщение косного кармана с полостью рта прекращается и эпителиальные полости изолируются. По мере их роста они сливаются в единую полость с образованием кисты.

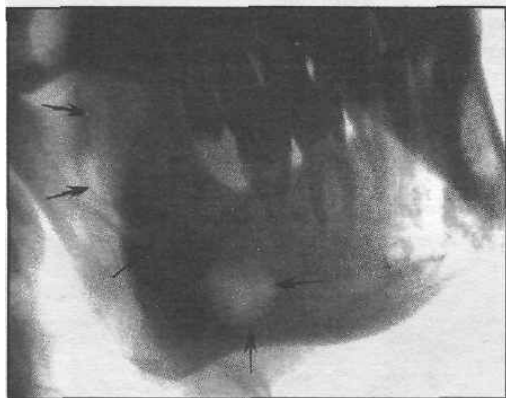
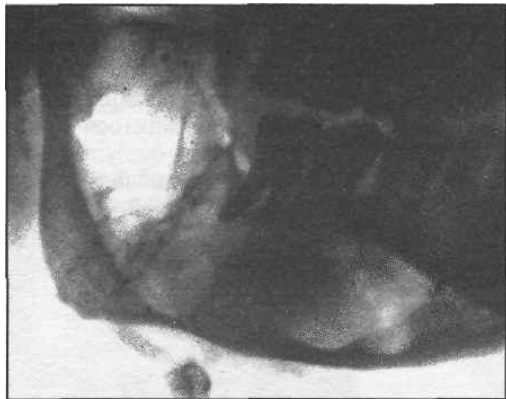


Клиника.

Парадентальных кист не имеет характерных признаков кроме того, что она развивается в области непрорезавшегося нижнего зуба мудрости. Киста растет бессимптомно, поэтому выявить ее в начальной стадии развития крайне сложно. По мере роста она проявляется в виде небольшой, ограниченной и малоболезненной припухлости в области непрорезавшегося зуба мудрости. При нагноении развивается клиника характерная для ретромолярного перисотита.

Диагностика.

Рентгенологически определяются разрежение костной ткани позади непрорезавшегося нижнего зуба мудрости в виде серповидного полулуния (полулуния Вассмунда), которое сообщается с округлой или овальной гомогенной полостью с довольно четкими границами, расположенной в области угла или ветви нижней челюсти. Парадентальная киста охватывает коронку непрорезавшегося зуба частично.



Лечение.

Применяется как цистотомия, так и цистэктомия с обязательным удалением причинного зуба.

Цистэктомия это радикальная операция, заключающаяся в полном удалении оболочки кисты с последующим ушиванием операционной раны наглухо.

Цистотомия это метод оперативного лечения, при котором резецируется наружная стенка кисты и прилегающая к ней кортикальная пластинка челюсти, имеющуюся внутрикостную полость сообщают с предверием рта.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

