

# Пародонтомы.

- *Идиопатический (наследственный) фиброматоз десен* – редкое заболевание, вызванное генетическими нарушениями. Оно может быть изолированным или составлять часть синдромов *Rutherford, Zimmerman–Laband, Cowden, Goltz–Gorlin, Cross Ramon*.
- Клинически: значительное разрастание десны с вестибулярной и язычной поверхностей альвеолярного отростка, частично или полностью закрывающее коронковую часть зуба. При этом поражены свободная и прикрепленная десны. Поверхность гладкая, консистенция плотная (жесткая), цвет бледно-розовый. Неудовлетворительная гигиена может вызывать вторичные воспалительные изменения.
- Гистологически: плотная волокнистая соединительная ткань, незначительное количество сосудов, плотно упакованный коллаген и многочисленные фибробласты. Эпителий утолщен, эпителиальные гребешки удлинены.



- *Эпулис*. Выделяют несколько видов в зависимости от их морфологической структуры.
- *Гранулематозный эпулис* – опухолеподобный процесс, возникающий в ответ на местное раздражение или травму на фоне хронического воспаления.
- Клинически: разрастание тканей в межзубном промежутке, частично закрывающее коронковую часть рядом стоящих зубов, поверхность гладкая или дольчатая, консистенция мягкая, красно-пурпурного цвета. Но в процессе созревания поверхность эпулиса может становиться более плотной и розовой из-за уменьшения количества сосудов. Размер: от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, может быть на ножке или на широком основании.
- При рентгенологическом исследовании костная ткань не повреждена, разрастание не оссифицировано. Гистологически: незрелая соединительная ткань с большим количеством сосудов, воспалительная инфильтрация, изъязвленный эпителий.

- *Гигантоклеточный эпюлис* – патологическая пролиферативная реакция в ответ на местное раздражение (повреждение) или хроническую травму. Нет характерных клинических признаков, по которым возможно проводить дифференциальную диагностику. Локализация: межзубной промежуток, маргинальная десна (чаще с вестибулярной поверхности) или беззубый участок; может быть на тонкой ножке или иметь широкое основание.
- Гистологически: многочисленные скопления многоядерных гигантских клеток и частичек гемосидерина в соединительнотканной строме. Изобилие капилляров, зоны кровоизлияния с частицами гемосидерина, очаги воспалительной инфильтрации. Гиперплазия эпителия с участками изъязвления. Подлежащие костные структуры чаще всего не повреждены.
- *Фиброзный эпюлис*. Этиология: хроническая травма. Клинически: округлое плотное разрастание десны (чаще свободной) на ножке, бледно-розовое, безболезненное при пальпации. Может быть вторичное воспаление, вызванное бактериальным налетом или повреждением во время жевания. В этом случае – цвет красный, консистенция более мягкая, слегка болезненная при пальпации.
- Гистологически: гиперплазия соединительной ткани десны с разной степенью воспалительной инфильтрации, поверхность покрыта многослойным плоским ороговевающим эпителием.
- **Дифференциальная диагностика** – только по результатам гистологического исследования: между фиброзным, гигантоклеточным, гранулематозным эпюлисами, папилломой, гемангиомой.







# Фиброматозный эпюлис



- **Пародонтальная киста.** Развивается при хроническом течении основного заболевания; при этом эпителий полностью выстилает внутреннюю поверхность кармана, отслаивая надкостницу. Процесс протекает вначале бессимптомно, лишь в дальнейшем, по мере увеличения кисты, обнаруживается выпухание.
- На рентгенограмме виден хорошо очерченный участок разрежения костной ткани округлой формы. Контуры пародон-тальной кисты на рентгенограмме могут быть нечеткими в связи с тем, что она накладывается на рисунок тела челюсти. Поэтому лучшие результаты дает ортопантомография. Патологические изменения в апикальном пародонте зубов могут отсутствовать, что подтверждается проверкой электровозбудимости пульпы. Лечение оперативное, с обязательной дополнительной фиксацией лоскута с помощью заранее изготовленной временной пластинки.



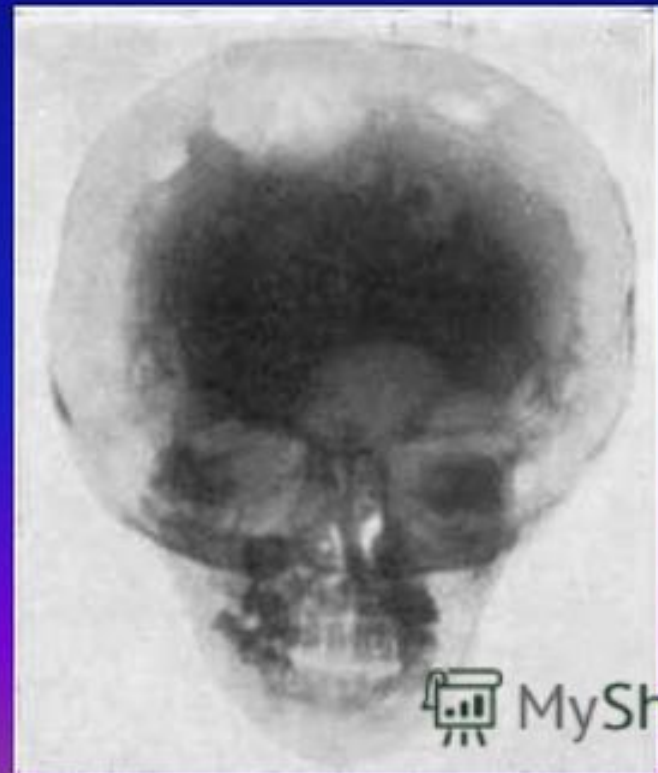


Рис. 39. Пародонтальная киста.

## **Идиопатических заболеваний с прогрессирующим лизисом тканей пародонта =**

### **Ретикулогистиоцитозы:**

- **Эозинофильная гранулёма (болезнь Таратынова).**
- **Болезнь Абта-Леттерера-Сиве (острый костный ксантоматоз)**
- **Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена (хронический костный ксантоматоз)**
- **Болезнь Гоше**
- **Болезнь Ниммана-Пика**



**Идиопатических заболеваний с прогрессирующим лизисом  
тканей пародонта =**

**Агранулоцитозы:**

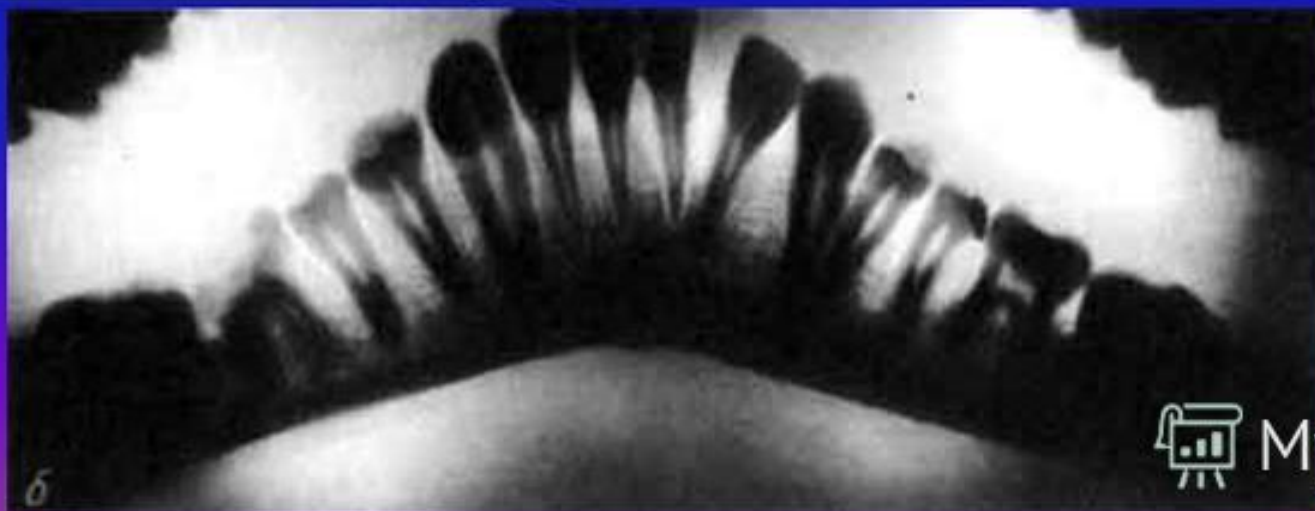
- **Острый агранулоцитоз**
- **Нейтропения:**
  - постоянная
  - периодическая (циклическая)

**Акаталазия (болезнь Такахары)**

**Сахарный диабет**

**Гипоимноглобулинемия**

**Синдром Папийона-Лефевра**





## **Болезнь НИМАННА-ПИКА =**

**Характеризуется нарушением липоидного обмена с накоплением в ретикулярных и эндотелиальных клетках фосфолипидов, нейтральных жиров, холестеринэстеров.**

**Встречается у детей от 2 месяцев до 3-х лет.**

### **Изменения в полости рта:**

- Пролиферативные процессы в десне**
- Подвижность зубов**
- Потеря временных зубов**

## **Болезнь ХЕНДА-ШЮЛЛЕРА-КРИСЧЕНА**

**Гранулёмы, которые состоят из ретикулярных клеток, гистиоцитов, лейкоцитов, эозинофильных гранулоцитов, образуются в костях (кости черепа, нижняя челюсть, ребра, лопатка) и в паренхиматозных органах (печень, селезенка, легкие, лимфатические узлы).**

**В полости рта:**

- Генерализованный катаральный гингивит**
- Язвенно-некротические изменения**
- Глубокие патологические карманы**
- Подвижные зубы**
- Оголение шейки и корней зубов**
- Десневой край, шейки и корни зубов покрыты оранжево - желтыми наслоениями**



# **ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЁМА**

**(болезнь Таратынова)**

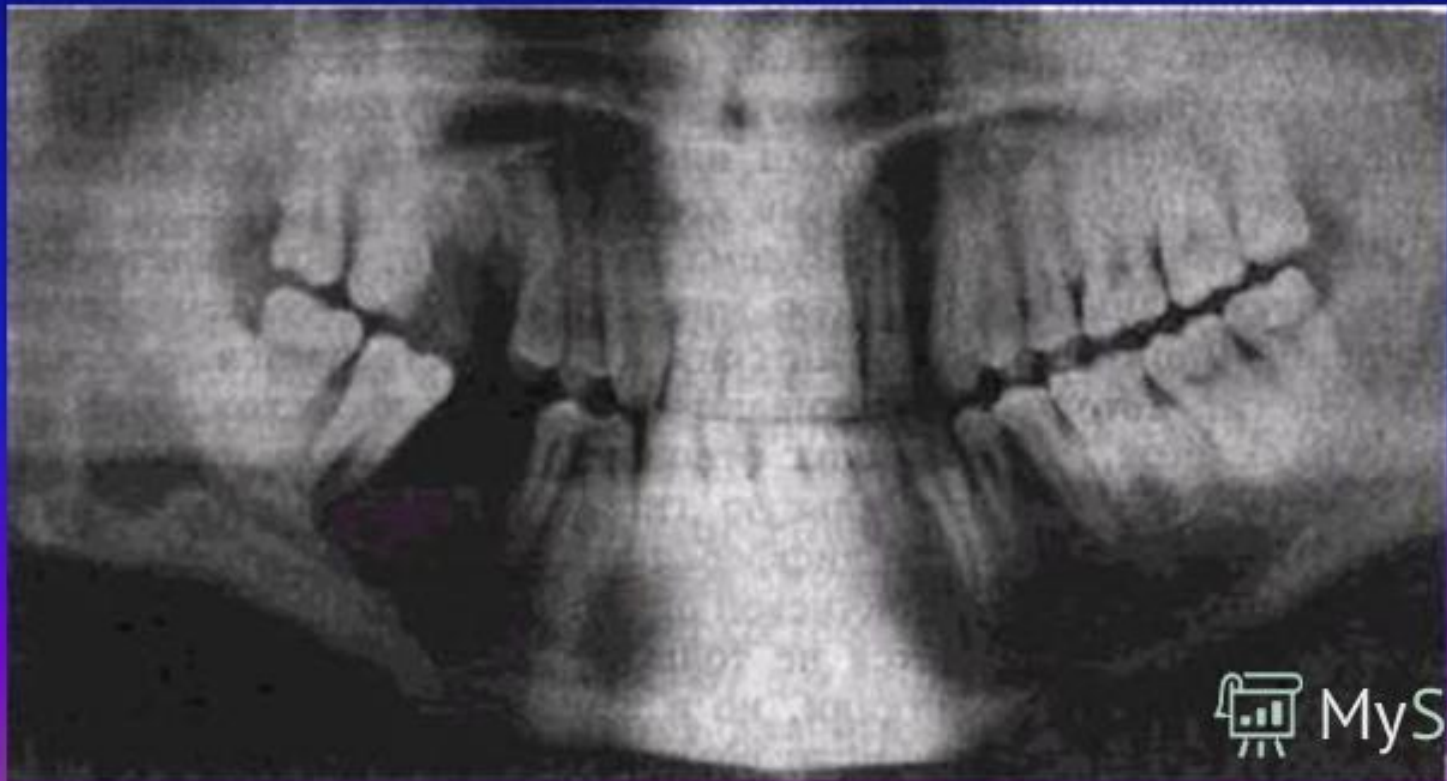
**Процесс в костях черепа – деструкция с разрастанием ретикулоцитов и эозинофильных гранулоцитов.**

## **2 клинические формы:**

- Очаговая – опухолеподобный инфильтрат в отдаленных от альвеолярного отростка участках тела нижней челюсти или её ветви.**
- Диффузная – инфильтрат в альвеолярном отростке, теле ветви челюсти. Локализация в области нижних моляров, реже – одновременно на верхней и нижней челюстях.**

# ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЁМА (болезнь Таратынова)

Два периода: начальный – жалобы на зуд и боль в интактных зубах, гиперемия, кровоточивость, язвы на слизистой оболочке полости рта, гингивит, пародонтальные карманы. Период выраженных изменений – потеря зубов, лунки долго заживают, поражения челюстей и других костей скелету.





## **СИНДРОМ ПАПИЙОНА-ЛЕФЕВРА**

**(ладонно-подошвенный дискератоз и воспалительно-дистрофические изменения в пародонте)**

**В основе лежит нарушение триптофанового обмена.**

### **Общие признаки:**

- гиперкератоз;
- повышение слущивания эпидермиса;
- трещины ладонь и подошв.

### **Изменения в полости рта:**

- воспаление десен;
- пародонтальные карманы;
- выделение гноя;
- подвижность зубов;
- выпадение зубов.



## **АКАТАЛАЗИЯ** (болезнь Такахара)

**Наследственное заболевание, обусловленное отсутствием фермента каталазы в крови и тканях.**

### **Проявление заболевания в полости рта:**

- катаральный гингивит, который завершается язвенно-некротическим и гангренозным процессом;
- глубокие зубо-десневые карманы;
- зубы подвижны, постепенно выпадают;
- некроз челюстей и слизистой оболочки.

### **Поражения при акаталазии имеют:**

- генерализованный характер;
- проявляются в раннем детском возрасте;
- стойко прогрессируют;
- обостряются в период полового созревания.



# Пародонтальный синдром при нейтропении: проявления в полости рта



рентгенограмма





### Проявления в полости рта:

- прогрессирующий гингивит;
- патологические зубодесневые карманы;
- резорбция альвеолярного отростка;
- подвижность зубов;
- выпадение зубов.

### Общие нарушения:

- пневмония;
- отит;
- гепатит;

### В крови:

- уменьшается количество лейкоцитов;
- уменьшается количество нейтрофильных гранулоцитов;
- увеличивается количество моноцитов;
- увеличивается количество эозинофильных гранулоцитов.

Спасибо за внимание!

