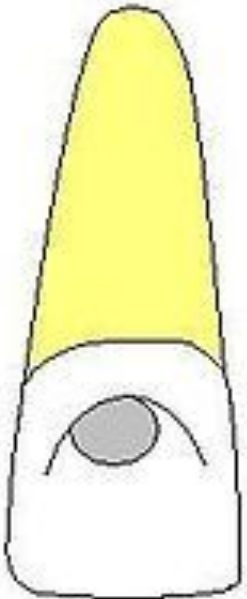
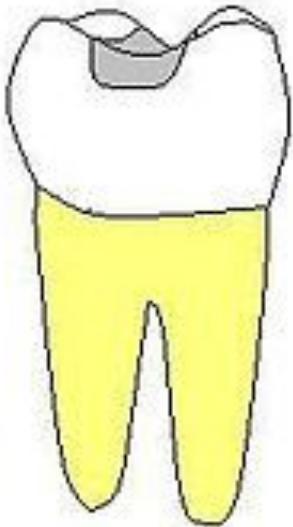
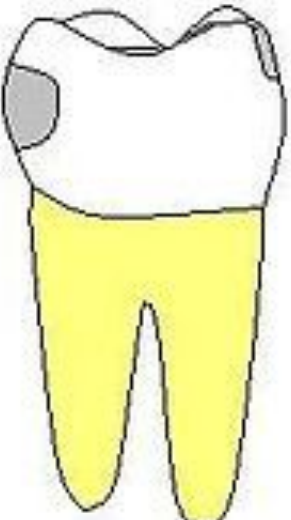
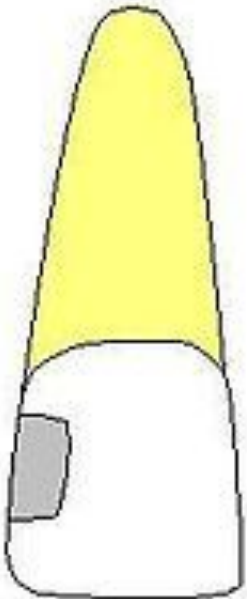
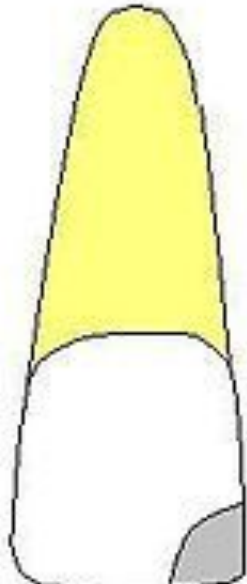
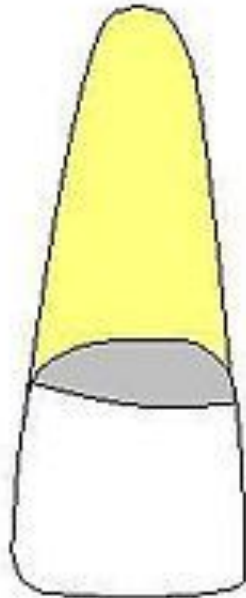
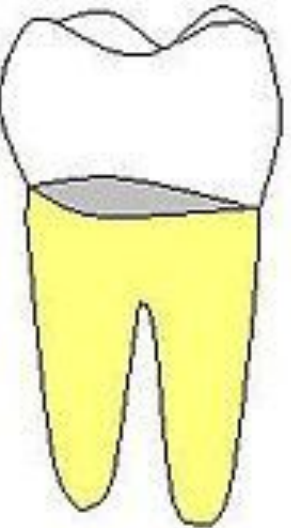
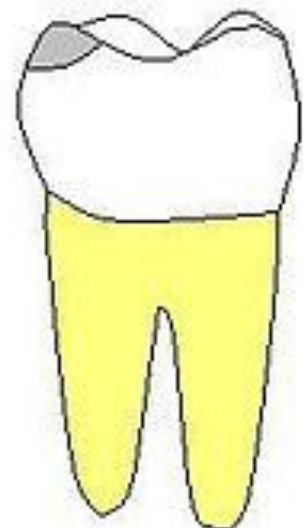


Кариес зубов

Кариес (лат. *Caries dentium*) - патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходит деминерализация и размягчение твёрдых тканей с последующим образованием полости.

Термин «кариес» в точном переводе означает гниение. Этим термином обозначалось воспалительное заболевание костномозгового вещества (остеомиелит). Без серьезного этиологического, морфологического и клинического сходства процессов этим термином стали называть заболевание твердых тканей зуба, внешнее проявление которого заключается в разрушении эмали и дентина зуба.

G.V. Black

L	B/L	B/L	F	F	F/L	B/L	B/L
							
Class I		Class II	Class III	Class IV	Class V		Class VI

Начальный кариес (кариес в стадии пятна)

- Характеризуется образованием очага деминерализации эмали, не реагирующим на раздражители.
- Лечение: фторидтерапия, реминерализирующая терапия



Поверхностный кариес

- Характеризуется образованием дефекта в области очага деминерализации эмали, появлением чувствительности к холодной или теплой пище. Зондирование безболезненное.
- Лечение: препарирование с последующим пломбированием.



Средний кариес

- Характеризуется поражением эмалево-дентинной границы. Появление болевых ощущений от холодного, горячего, сладкого, соленого. Зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы.
- Лечение: препарирование с последующим пломбированием.



Глубокий кариес

- Охватывает практически весь дентин. Появление болевых ощущений от холодного, горячего, кислого, сладкого, соленого. Зондирование по дну полости болезненно.
- Лечение: препарирование с последующим пломбированием.







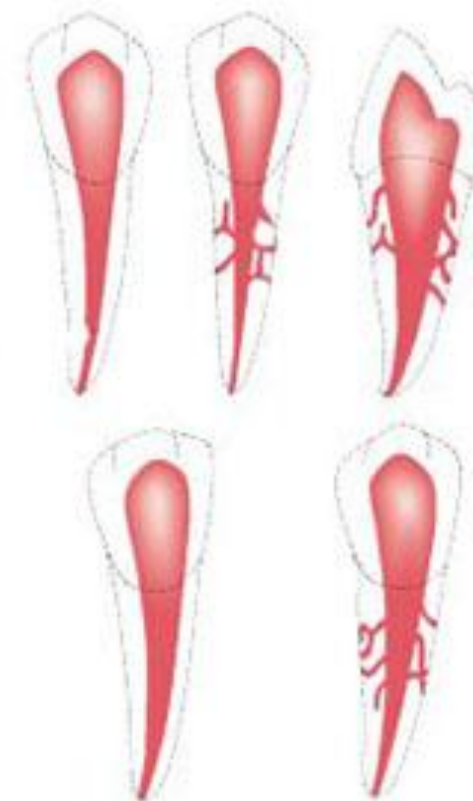


Осложнения кариеса

Пульпа зуба - это рыхлая волокнистая соединительная ткань, содержащая в значительном количестве сосуды и нервы, богатая клеточными элементами, волокнистыми структурами и межклеточным веществом, заполняющая пульповую камеру коронки и канала корня зуба.

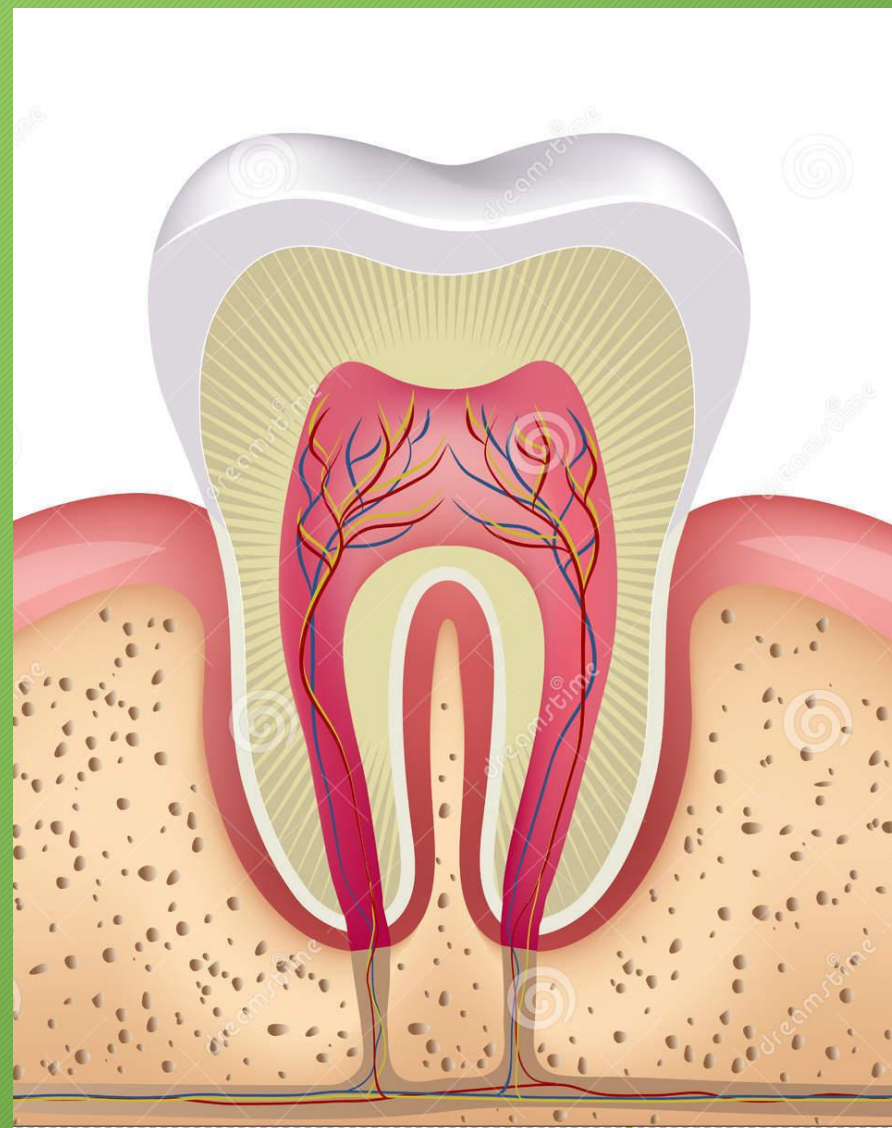


Пульпа повторяет внешние анатомические контуры коронки зуба и делится на коронковую и корневую. Соответственно буграм коронки зуба в пульпе располагаются так называемые рога.



Объем пульпы с возрастом уменьшается в результате отложения вторичного дентина и уменьшения размеров полости зуба.

Пульпа зуба находится в непосредственном контакте с периодонтом.



Функции пульпы

1. Пластическая функция

В ответ на патологические раздражители (например, кариозный процесс истирание твёрдых тканей) пульпа образует так называемый третичный защитный дентин – основную часть защитной реакции пульпы на различные раздражители. В отличие от вторичного дентина, который образуется равномерно, третичный дентин образуется на участке воздействия патологического раздражителя. Если часть одонтобластов погибнет от какого-либо повреждения, их всегда смогут заменить новообразовавшиеся одонтобласты.

2. Трофическая функция

В пульпе зуба отлично развита кровеносная и сосудистая системы. Основное вещество пульпы является средой, через которую питательные вещества из крови попадают к клеткам, а продукты метаболизма в обратном направлении попадают в венозные сосуды. В твёрдых тканях зуба отсутствуют кровеносные сосуды, поэтому питание дентина коронки и корня осуществляется за счёт отростков одонтобластов. Цемент и часть дентина питаются через кровеносную систему периодонта. Питание эмали, осуществляется также через отростки одонтобластов, хотя это происходит в меньшей степени, чем дентина. Эмаль в основном обогащается органическими и неорганическими веществами через ротовую жидкость. Если же по какой-либо причине поступление этих веществ через пульпу прекращается (например, при гибели пульпы), то устойчивость эмали к механическим нагрузкам снижается, а сама она становится тусклой, пропадает приятный блеск. Со временем трофическая функция пульпы снижается и у людей зрелого и пожилого возраста развиваются различные патологические процессы в твёрдых тканях зубов: патологическое истирание, клиновидные дефекты, эрозии и т.д.

3. Защитная (барьерная) функция

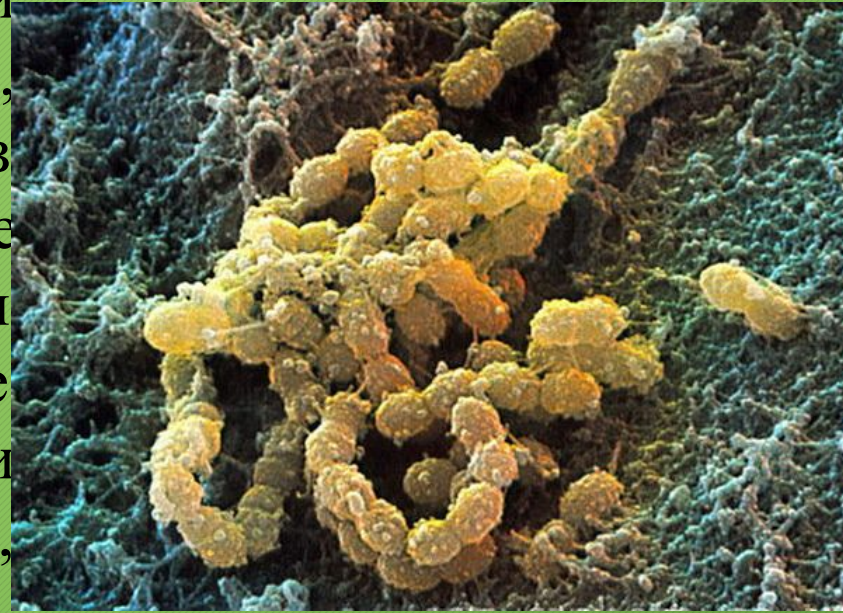
Пульпа является биологическим заслоном, ограждающим периодонт от проникновения инфекции через корневой канал, и передатчиком раздражений, воспринимаемых поверхностью зуба. Защитная функция в пульпе осуществляется клетками ретикулоэндотелиальной системы. К клеткам этой системы в первую очередь относятся гистиоциты, которые при патологических процессах превращаются в подвижные макрофаги и выполняют роль фагоцитов. К ретикулоэндотелиальной системе относятся также эндотелиоциты сосудов. Защитную роль выполняют и плазмоциты - клетки, вырабатывающие антитела. На основании гистологических исследований доказано, что фибробласты принимают участие в образовании фиброзной капсулы вокруг патологического очага в пульпе. Фагоцитоз и внутриклеточное переваривание осуществляют нейтрофильные гранулоциты.

Пульпит

Пульпит - воспалительный процесс в пульпе зуба в результате воздействия на нее различных раздражителей.



Причиной являются микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, попадающие в пульповую камеру из кариозной полости через дентинные каналы. Основными возбудителями воспаления пульпы являются кокковые формы бактерий (гемолитические и негемолитические стрептококки, диплококки, стафилококки).

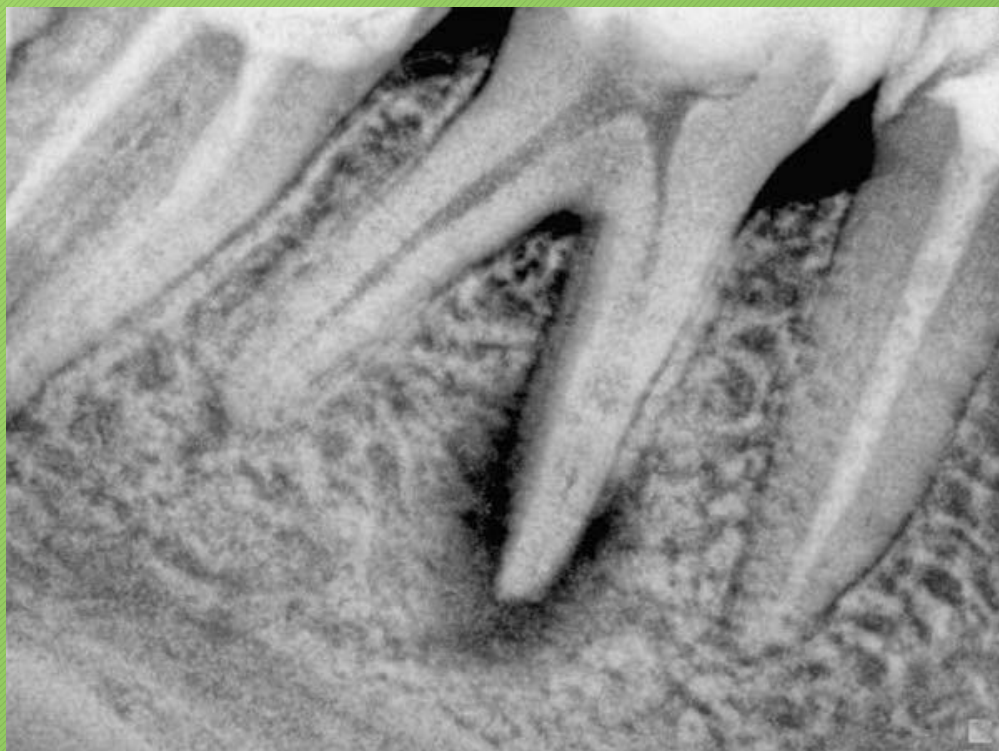


Этиология пульпита

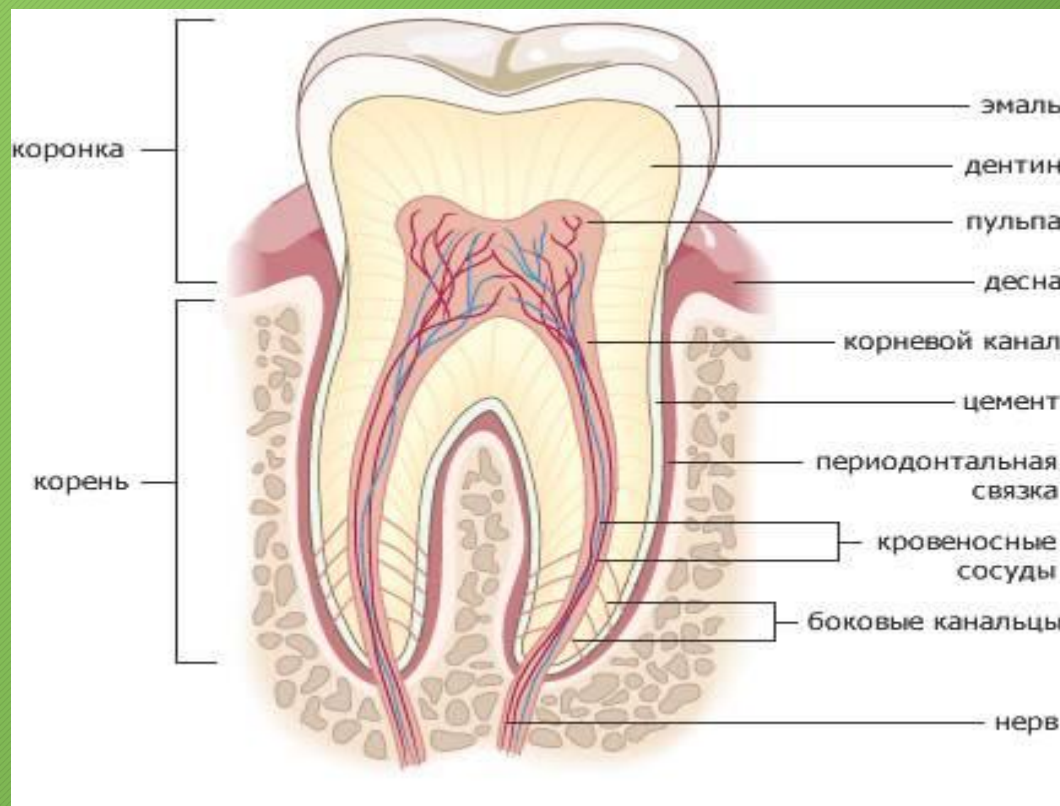
1) случайное вскрытие полости зуба во время лечения кариеса;



2) ретроградный путь из глубокого пародонтального кармана, гайморовой пазухи, остеомиелите, периодонтите в рядом стоящем зубе;



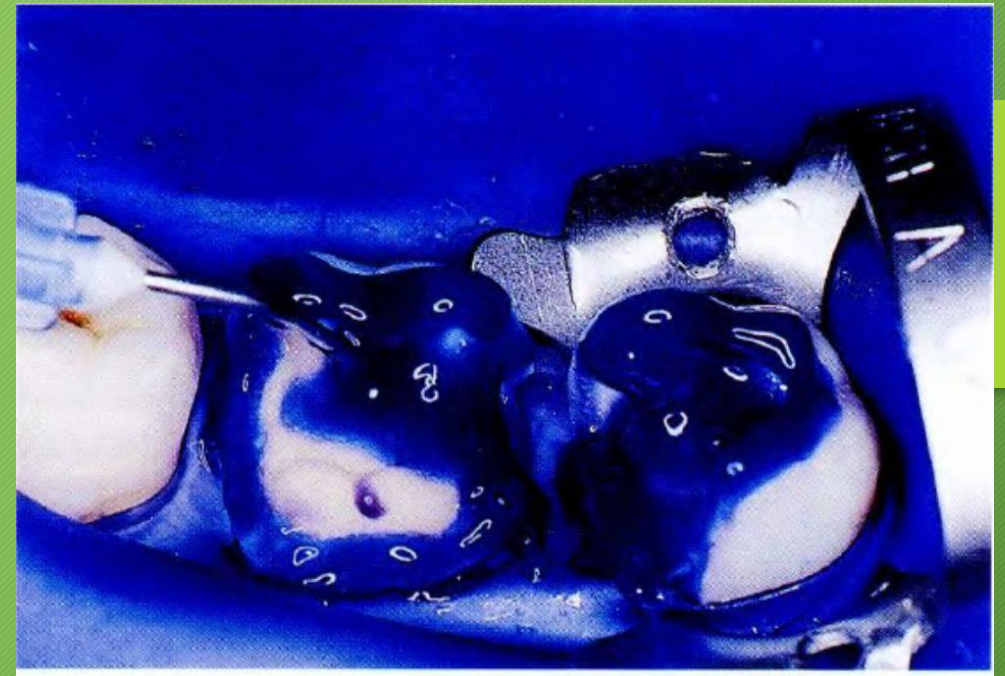
3) проникновение инфекции в пульпу по кровеносным и лимфатическим путям при острых инфекционных заболеваниях;



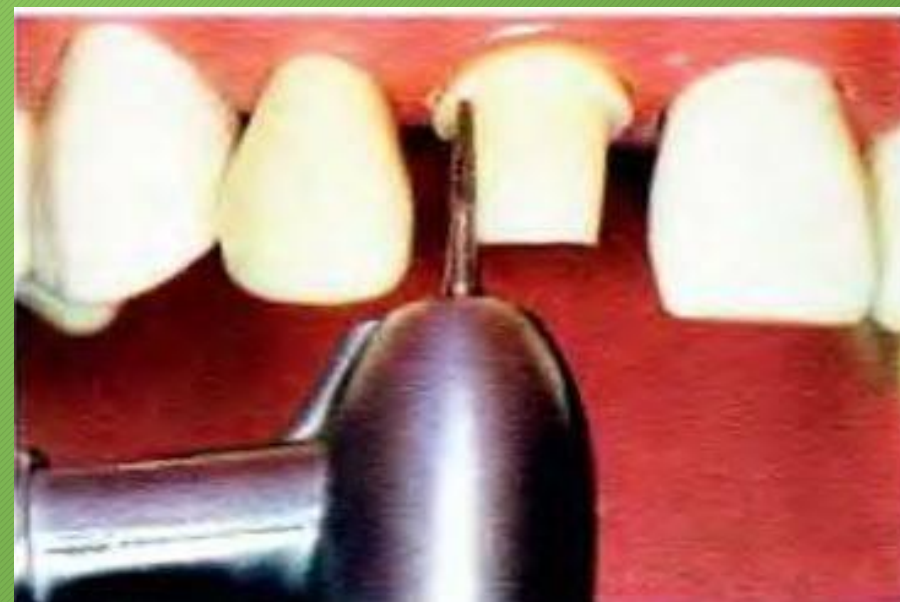
4) острая травма (отлом части коронки, перелом корня, вскрытие рога пульпы при лечении кариеса, препарировании зуба под коронку) или хроническая (патологическая стираемость зубов, завышение пломбы, давление дентикля);



5) использование сильнодействующих антисептиков в высокой концентрации, применение лечебных прокладок с выраженной щелочной средой либо применение токсичных для пульпы веществ.



б) травмирующие механические факторы



Классификация болезней пульпы

(МКБ-10. третье издание ВОЗ, 1997 г.)

K04 Болезни пульпы и периапикальных тканей

K04.0 Пульпит

- K04.00 Начальный [гиперемия]
- K04.01 Острый
- K04.02 Гнойный [пульпарный абсцесс]
- K04.03 Хронический
- K04.04 Хронический язвенный
- K04.05 Хронический гиперпластический [пульпарный полип]
- K04.08 Другой уточненный пульпит
- K04.09 Пульпит неуточненный

K04.1 Некроз пульпы. Гангрена пульпы

K04.2 Дегенерация пульпы

- Дентикли
- Пульпарные кальцификации
- Пульпарные камни

K04.3 Неправильное формирование твердых тканей в пульпе

- K04.3X Вторичный или иррегулярный дентин Исключены: пульпарные кальцификации (04.2) пульпарные камни (04.2)

K04.4 Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

K04.9 Другие и не уточненные болезни пульпы и периапикальных тканей

КЛАССИФИКАЦИЯ ПУЛЬПИТА Е.Е.ПЛАТОНОВА

Острый пульпит

- ❖ Очаговый (частичный)
- ❖ Диффузный (общий)

Хронический пульпит

- ❖ Фиброзный
- ❖ Гангренозный
- ❖ Гипертрофический

Обострение хронического пульпита

Острый очаговый пульпит

При остром очаговом пульпите воспаление обычно локализуется в области проекции рога пульпы и не захватывает всю коронковую часть. Продолжительность этой стадии — до двух суток.

Жалобы на:

- Острая самопроизвольная боль;
- Приступообразный характер боли (приступ короткий 10-20 минут, интермиссии длительные - несколько часов);
- Боль усиливается в ночное время;
- Боль усиливается от температурных раздражителей (чаще от холодного), долго не проходит после устранения раздражителя;
- Больной правильно указывает беспокоящий его зуб (т. е. иррадиации боли нет).

Анамнез

Ранее отмечались кратковременные боли от всех видов раздражителей, самопроизвольных болей не было, острые боли впервые возникли в течение 1-2 суток.



Объективно:

При зондировании определяется:

- Глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба;
- Большое количество размягченного дентина;
- Резко болезненно в одной точке соответственно рогу пульпы.

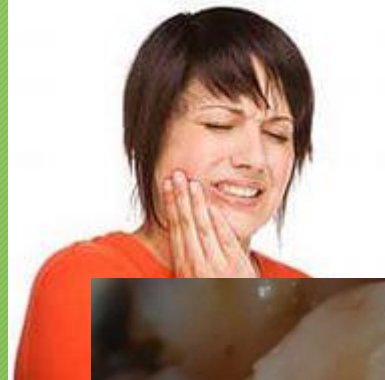
Перкуссия безболезненна.

Пальпация безболезненна.

Термодиагностика болезненна, долго не проходит после устранения раздражителя. Характерно, что при остром очаговом пульпите вода с температурой 28—30*С является достаточно сильным раздражителем.

ЭОД 18-25 мкА

Рентгенография - определяется глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, изменений в периапикальных тканях нет .



Острый диффузный пульпит

Острый очаговый пульпит через 1—2 суток переходит в острый диффузный, при котором в воспаление вовлекается вся коронковая, а затем и корневая пульпа. При этой форме пульпита серозное воспаление быстро переходит в серозно-гнойное, а затем и в гнойное.

Жалобы

- Острая самопроизвольная боль;
- Приступообразный характер боли (приступ длительный, интермиссии короткие); иногда боль не исчезает полностью, а лишь затихает, то есть носит волнообразный характер. В этот период горячие раздражители провоцируют и усиливают боль, а холод может ее успокоить, что связано с сосудосуживающим эффектом;
- Боль усиливается в ночное время;
- Боль усиливается от всех видов раздражителей, долго не проходит после устранения раздражителя;
- Боль иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва, больной не может указать на причинный зуб.

Анамнез

Ранее отмечались кратковременные боли от всех видов раздражителей, самопроизвольных болей не было, острые боли впервые возникли от 3-4 дней до 14 суток



Объективно:

- Глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба;
- Большое количество размягченного дентина;

Зондирование

Резко болезненно по всему дну кариозной полости.

Перкуссия безболезненна, но может быть болезненна вертикальная, что объясняется раздражением периодонта и вовлечением его в экссудативный процесс.

Пальпация безболезненна.

Термодиагностика

- Боль долго не проходит после устранения раздражителя, переходит в приступ;
- При формировании абсцесса холод успокаивает боль.

ЭОД 30-45 мкА

Рентгенография глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, изменений в периапикальных тканях нет.



Хронический фиброзный пульпит

Хронический фиброзный пульпит — это наиболее часто встречающаяся форма пульпита, которая является исходом острого пульпита.

У людей с низкой реактивностью организма иногда **хронический фиброзный пульпит** может возникнуть и без предварительной клинически выраженной острой стадии воспаления.

Пациент может предъявлять **жалобы**:

- на боли от всех видов раздражителей, длительно не проходящие после устранения раздражителя;
- на боли при вдыхании холодного воздуха, при переходе в теплое помещение после пребывания на холоде.

Достаточно часто пациент жалоб не предъявляет, и **хронический фиброзный пульпит** выявляется при осмотре во время санации полости рта. Это объясняется тем, что локализация некоторых кариозных полостей (например, поддесневых) недоступна раздражителям, а также наличием хорошего дренажа (сообщения с полостью зуба).

Анамнез

Ранее могут отмечаться боли по типу острого пульпита, часто встречаются первично-хронические формы пульпита



Объективно:

Зондирование

- Глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба (реже — не сообщающаяся с полостью зуба);
- Большое количество размягченного дентина;
- Болезненно в точке сообщения с полостью зуба, пульпа кровоточит.

Перкуссия безболезненна.

Пальпация безболезненна.

При *термодиагностике* ноющая боль, долго не проходит после устранения раздражителя.

ЭОД 35-50 мкА

На *рентгенограмме* видна глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, может быть расширение периодонтальной щели (в 17-30% случаев).



Хронический гангренозный пульпит

Жалобы

- На неприятный запах изо рта;
- На медленно нарастающие ноющие боли от горячего, не прекращающиеся после действия раздражителя, чувство распираания в зубе;
- Может быть бессимптомное течение;
- На дисколорит (изменение цвета зуба)

Анамнез

Ранее могут отмечаться самопроизвольные боли, которые затем уменьшились или полностью исчезли.



Объективно:

Цвет зуба - эмаль имеет серый оттенок.

Состояние слизистой оболочки десны без изменений.

При зондировании обнаруживается

- Глубокая кариозная полость, с широко раскрытой полостью зуба;
- Большое количество размягченного дентина;
- Болезненно глубокое зондирование в устьях канала (зависит от степени развития процесса).

Перкуссия безболезненна.

Пальпация безболезненна.

Термодиагностика - боль возникает от горячего, долго не проходящая, медленное нарастание боли и постепенное ее угасание.

ЭОД 60-90 мкА

Рентгенография - глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. могут быть изменения в периапикальных тканях в виде расширения периодонтальной щели или даже образования очага деструкции костной ткани в области вершины корня.



Хронический гипертрофический пульпит

Хронический гипертрофический пульпит имеет две клинические формы: *гранулирующую (разрастание грануляционной ткани из полости зуба в кариозную полость)* и *полип пульпы* — более поздняя стадия течения заболевания, когда разросшаяся ткань пульпы покрывается ротовым эпителием. Эпителиальные клетки переносятся с десны, покрывают всю поверхность выбухающей пульпы и плотно с ней спаиваются.

Жалобы:

- Ноющие боли от механических (при жевании) и иногда температурных раздражителей;
- На разрастание «дикого мяса», кровоточивость во время приема пищи.

Анамнез

Ранее могут отмечаться самопроизвольные боли, которые затем уменьшились или полностью исчезли



Объективно:

Зондирование

- Полость зуба вскрыта, кариозная полость заполнена разросшимся полипом пульпы;
- Зондирование полипа малоболезненно, но он сильно кровоточит, зондирование пульпы в полости зуба резко болезненно;
- При обследовании ножки полипа зондом или гладилкой ножка идет в полость зуба.

Цвет полипа вначале ярко-красный, затем при полипе пульпы имеет бледно-розовый цвет (цвет нормальной слизистой).

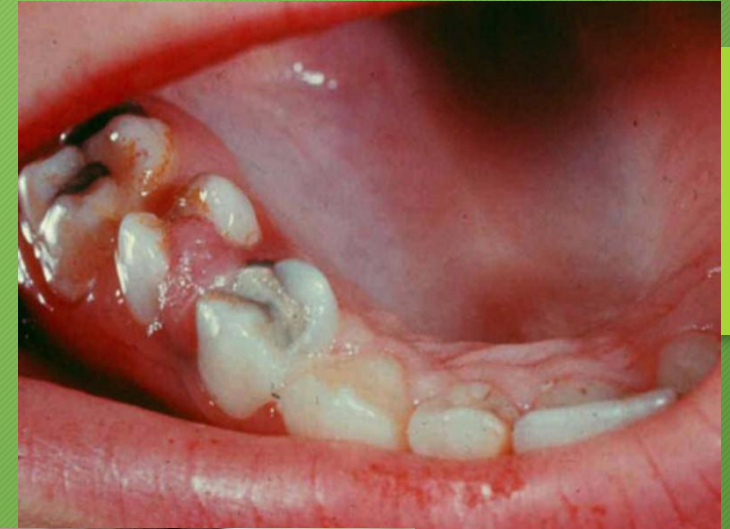
Перкуссия безболезненна

Пальпация безболезненна

Термодиагностика - реакция на температурные раздражители не выражена.

На рентгенограмме - глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, изменения в периапикальных тканях и в области межкорневой перегородки не обнаруживаются.

Хронический гипертрофический пульпит чаще встречается у детей и подростков.



Лечение пульпита

1. Витальный. Извлечение пульпы проводят в первое посещение под анестезией. Он также подразделяется на:

- витальную ампутацию;
- витальную экстирпацию.

2. Девитальный. Терапия заключается в применение специальных паст для девитализации пульпы. Он делится на:

- девитальную ампутацию;
- девитальную экстирпацию.

3. Биологический метод

Периодонтит



Периодонтит – это воспаление периодонта. В ходе воспалительного процесса поражаются периодонтальные связки, которые удерживают зуб в лунке, что приводит к их разрушению и дальнейшей подвижности данного зуба.



Классификация периодонтита

По И.Г. Лукомскому (1978 г.)

1. Острый периодонтит:

- Серозный
- Гнойный

2. Хронический периодонтит:

- Фиброзный
- Гранулирующий
- Гранулематозный

3. Обострение хронического периодонтита

По ВОЗ:

- острый верхушечный периодонтит
- хронический верхушечный периодонтит
- периапикальный абсцесс со свищем
- периапикальный абсцесс без свища
- радикулярная киста
- неуточненные заболевания пульпы зуба

Этиология

- *Инфекционный* периодонтит развивается под воздействием микроорганизмов, которые могут проникнуть в периодонт как вследствие пульпита, так и гематогенно, лимфогенно или маргинально (через десневой карман).
- *Травматический* периодонтит образуется вследствие острых и хронических травм. К острым травмам относятся удар, перфорация корня зуба или травматическое надкусывание твердых субстанций в пище. Хронические травмы возникают вследствие как неправильно наложенных пломб и ортопедических конструкций, так и вредных привычек, приводящих к травме зуба: курение трубки и т. д.
- *Медикаментозный* периодонтит развивается под воздействием различных лекарственных препаратов (мышьяк, формалин, фенол и т.д.)

Острый периодонтит разделяется на:

Серозный. Жалобы на дискомфорт или болезненность, усиливающиеся при постукивании по зубу. Возможно чувство распирания. Интенсивность жалоб постепенно нарастают. При осмотре выявляется большая пломба или значительный дефект коронки зуба, зондирование и термопроба которого безболезненны.

Гнойный Жалобы на сильную, рвущую, пульсирующую боль, значительно увеличивающуюся при малейшем прикосновении к зубу (при закрывании рта). Возможен отёк прилежащих мягких тканей, а также увеличение и болезненность ближайших лимфатических узлов. Нередко острый гнойный периодонтит сопровождается общими расстройствами организма: слабостью, повышением температуры, ознобом.

Хронические периодонтиты

1. Фиброзный

Жалобы:

- нет или неприятные ощущения в зубе

Анамнез

- причинный зуб может быть кариозным
- зуб когда-то болел или проводилось его лечение
- как правило, заболевание протекает бессимптомно

Объективно

Цвет может быть изменен (серый)

Перкуссия

- при сравнении с соседними зубами - изменения в ощущениях
- при вертикальной перкуссии – слабая болезненность

Пальпация безболезненна

Зондирование по эмалево-дентинной границе и в устьях - безболезненно

На рентгенограмме проявляется в виде равномерного расширения периодонта либо только в области верхушки корня, либо на всём протяжении

Реакция на раздражители термопроба отрицательная

ЭОД 100-110 мкА



Обострение фиброзного периодонтита

Жалобы:

- Самопроизвольная боль в любое время суток
- болезненность при накусывании

Анамнез

- причинный зуб может быть кариозным
- зуб когда-то болел или проводилось его лечение

Объективно

Цвет может быть изменен (серый)

Перкуссия

- при вертикальной и горизонтальной перкуссии – резкая болезненность

Пальпация болезненна в проекции верхушки корня

Слизистая оболочка переходной складки гиперемирована, отечна

Зондирование по эмалево-дентинной границе и в устьях - безболезненно

На рентгенограмме проявляется в виде равномерного расширения периодонта либо только в области верхушки корня, либо на всём протяжении

Реакция на раздражители термопроба отрицательная

ЭОД 100-110 мкА

2. Гранулирующий периодонтит

Жалобы :

- болезненность при приеме твердой (усиливается при давлении)
- на периодически возникающие боли или неприятные ощущения в области пораженного зуба
- периодическое появление свища

Анамнез:

- причинный зуб может быть кариозным
- зуб когда-то болел или проводилось его лечение

Объективно:

Цвет может быть изменен (серый)

Перкуссия

- при сравнении с соседними зубами - изменения в ощущениях
- при вертикальной перкуссии –болезненность

Пальпация безболезненна

Зондирование по эмалево-дентинной границе и в устьях - безболезненно

На рентгенограмме проявляется в виде неравномерного разряжения костной ткани без четких границ (в виде язычков пламени) в апикальной части корня зуба

Реакция на раздражители слабая положительная реакция на горячее

ЭОД 120-150 мкА

.



Обострение гранулирующего периодонтита

Жалобы :

- самопроизвольная боль в любое время суток
- болезненность при приеме твердой (усиливается при давлении)
- на периодически возникающие боли в области пораженного зуба при накусывании
- появление свища (варианты проявления свища: поднадкостничный, подслизистый, кожный)

Анамнез:

- причинный зуб может быть кариозным
- зуб когда-то болел или проводилось его лечение

Объективно:

Цвет может быть изменен (серый)

Перкуссия

- при вертикальной и горизонтальной перкуссии –болезненность

Пальпация болезненна в области проекции верхушки корня

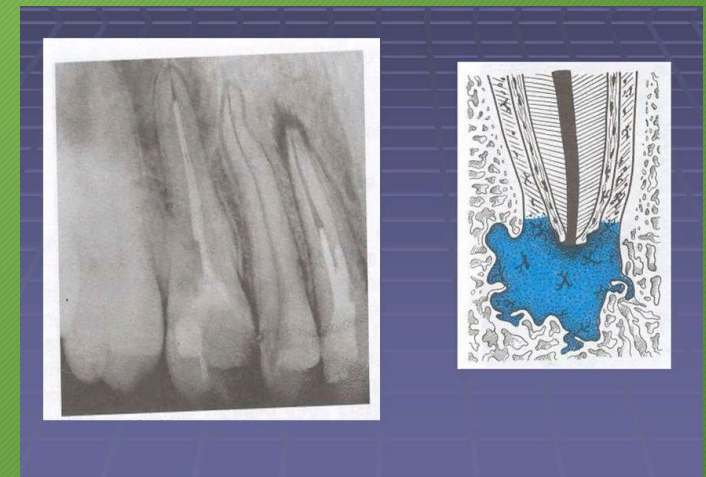
Зондирование по эмалево-дентинной границе и в устьях - безболезненно

Слизистая оболочка переходной складки гиперемирована, отечна

На рентгенограмме проявляется в виде неравномерного разрежения костной ткани без четких границ (в виде язычков пламени) в апикальной части корня зуба

Реакция на раздражители слабая положительная реакция на горячее

ЭОД 120-150 мкА



3. Гранулематозный периодонтит

Жалобы :

- болезненность при приеме твердой (усиливается при давлении)
- на периодически возникающие боли в области пораженного зуба

Анамнез:

- причинный зуб может быть кариозным
- зуб когда-то болел или проводилось его лечение

Объективно:

Цвет может быть изменен (серый)

Перкуссия

- при сравнении с соседними зубами - изменения в ощущениях
- при вертикальной перкуссии –болезненность
- синдром «дрожания корня»

Пальпация - отмечается «выпячивание» в области проекции верхушки корня

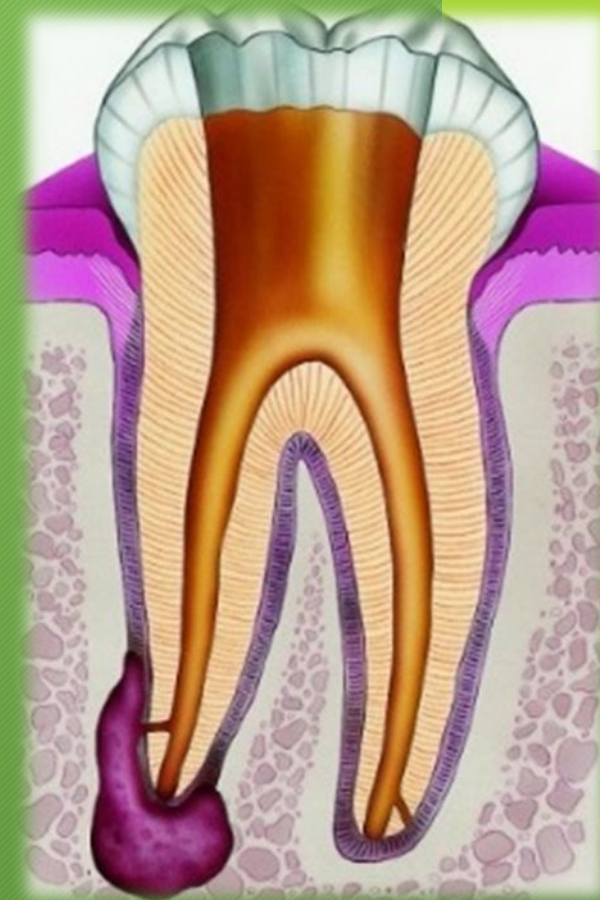
Зондирование по эмалево-дентинной границе и в устьях - безболезненно

На рентгенограмме проявляется в виде разряжения костной ткани округлой формы с четкими границами в апикальной части корня зуба

Реакция на раздражители слабая положительная реакция на горячее

ЭОД более 150 мкА

.



Обострение гранулематозного периодонтита

Жалобы :

- самопроизвольная боль в любое время суток
- резкая болезненность при приеме твердой (усиливается при давлении)
- чувство «выросшего» зуба

Анамнез:

- причинный зуб может быть кариозным
- зуб когда-то болел или проводилось его лечение

Объективно:

Асимметрия лица

Цвет зуба может быть изменен (серый)

Подвижность зуба нарастающая (1-2 степени)

Перкуссия при вертикальной и горизонтальной перкуссии – резкая болезненность

Пальпация болезненна в области проекции вершины корня и по переходной складки

Зондирование по эмалево-дентинной границе и в устьях - безболезненно

Слизистая оболочка переходной складки гиперемирована, отечна, симптом вазопареза

На рентгенограмме проявляется в виде неравномерного разряжения костной ткани без четких границ (в виде язычков пламени) в апикальной части корня зуба

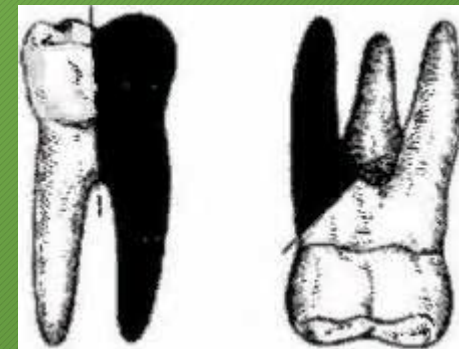
Реакция на раздражители слабая положительная реакция на горячее

ЭОД более 150 мкА



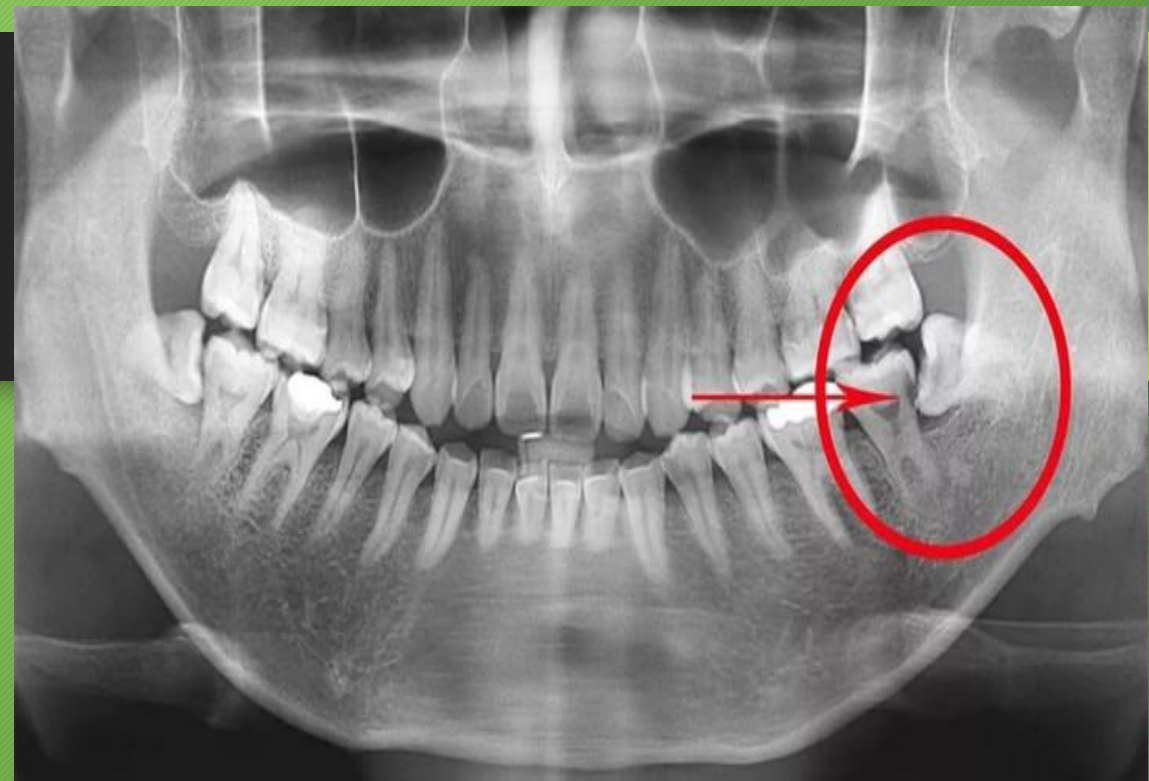
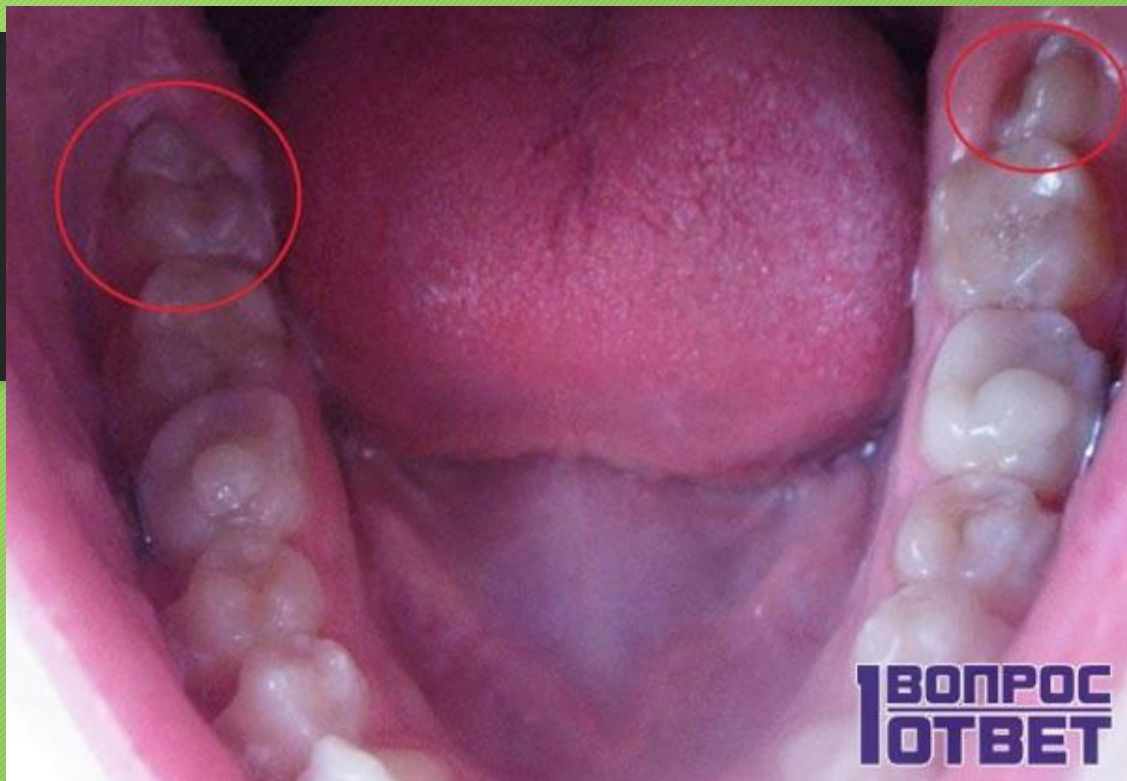
Лечение периодонтита

1. Терапевтическое (эндодонтическое лечение, заапекальная терапия с последующим пломбированием каналов)
2. Хирургическое (удаление зуба, гемисекция корней (многокорневые зубы) с последующим протезированием)
3. Комбинированное (эндодонтическое лечение с последующей резекцией верхушки корня)



ПЕРИКОРОНАРИТ

воспаление слизистой оболочки, при затрудненном прорезывании зуба



Этиология перикоронарита

- Механическое травмирование десны (над режущимся моляром в результате приема твердой пищи или приложения излишних усилий при проведении гигиенических процедур);
- Возникает в результате активации обычной микрофлоры полости рта (в ней преобладают анаэробные и факультативноанаэробные виды бактерий, отмечена большая обсемененность микроорганизмами дистального отдела нижней челюсти)
- Образование на дёснах изъязвлений или другие повреждения целостности слизистой оболочки;
- Патологическое прорезывание зубов
- Сложное прорезывание зубов (недостаток места в челюсти объясняется тем, что у современного человека ширина зубной дуги уменьшилась, а размер зубов остался неизменным (10-12 мм.))
- Отсутствие временных зубов (костная ткань более плотная и препятствует процессу прорезывания)

Классификация



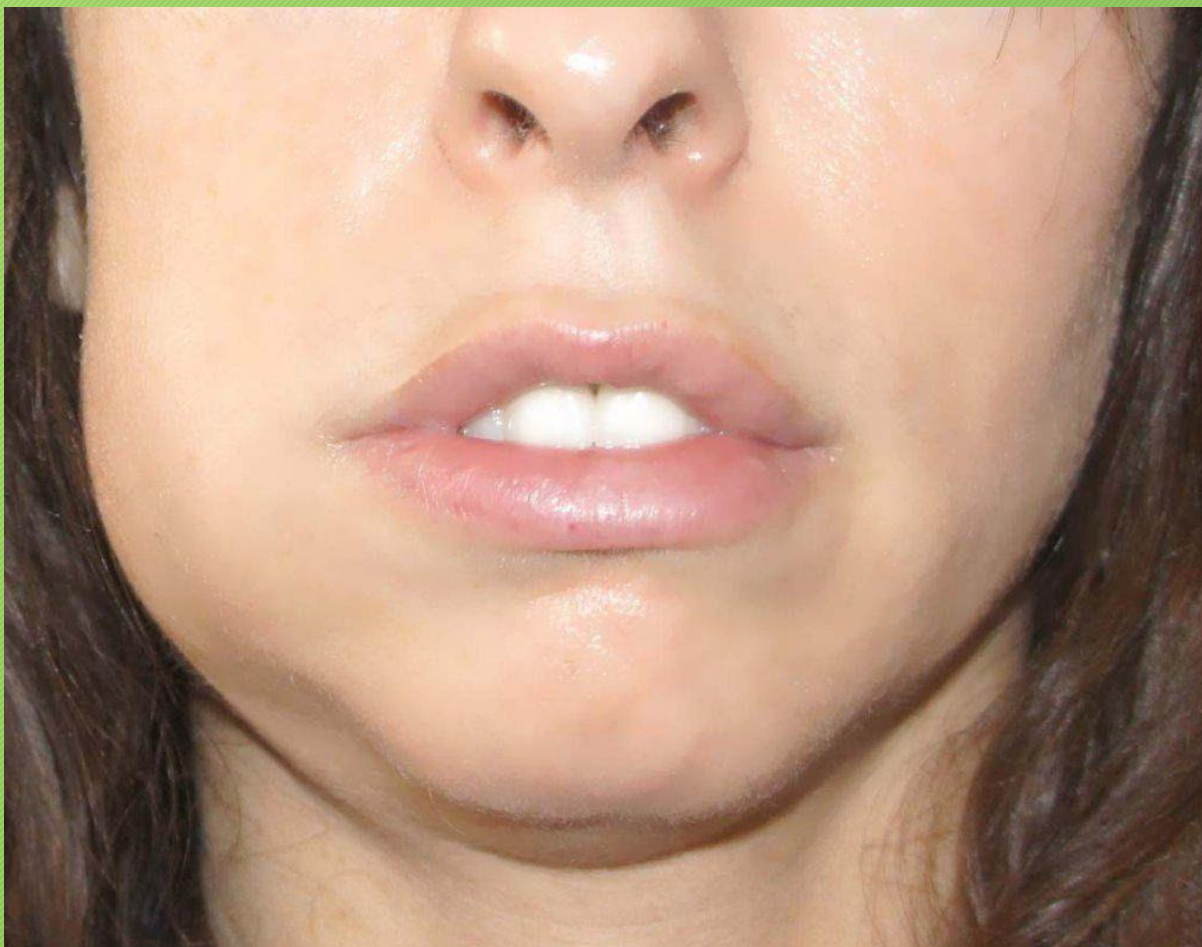
Клиническая картина перикоронарита

- начинается с ноющих болей в области прорезывающегося зуба, которые в течение 2-3 дней приобретают острый характер
- жевание на пораженной стороне становится затрудненным или невозможным, иногда появляется болезненность при открывании рта и глотании
- общее состояние удовлетворительное
- поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны (на стороне поражения)
- возможно повышение температуры до 37-37.5, недомогание, головная боль
- Объективно
 - зуб, наполовину, а иногда и полностью, покрыт воспаленным, отечным «капюшоном», из-под которого выделяется гной с неприятным запахом
 - прикосновение к «капюшону» вызывает сильную боль, иррадиирущую в ухо, висок, верхнюю челюсть
 - слизистая оболочка в окружности причинного зуба гиперемированная, отечная
 - за счет рубцовых изменений края слизистой оболочки над зубом, отток экссудата может быть затруднен, что является причиной распространения инфекции в прилегающие ткани.
 - процесс распространяется на слизистую оболочку, покрывающую зуб или на крыловидно-нижнечелюстную складку, слизистую оболочку небно-язычной дужки, щеки
 - при длительном течении зуб приобретает некоторую подвижность за счет рассасывания кости вокруг него

Лечение перикоронарита

- ликвидации воспалительных явлений
- при наличии достаточного места в зубной дуге для прорезывания зуба и правильной его пространственной ориентации наиболее предпочтительной является операция - перикоронарэктомия - полное иссечение слизистой оболочки вокруг коронки зуба, позволяющее обнажить не только жевательную, но и боковые поверхности коронки
- при невозможности полностью обнажить жевательную и боковые поверхности зуба по причине его дистопии проводится оперативное вмешательство - перикоронаротомия - рассечение слизистой оболочки над коронкой зуба, позволяющее обнажить поверхность зуба, расположенную под слизистым капюшоном (медиальная, дистальная, язычная, вестибулярная)
- хирургическое лечение (удаление)
- сопутствующая медикаментозная терапия





ПЕРИОСТИТ

инфекционно-воспалительный
процесс с локализацией очага в
надкостнице альвеолярного
отростка либо тела челюсти

Этиология

- Острые или в стадии обострения хронические периодонтиты
- Маргинальные периодонтиты
- Травматическое удаление зуба
- Нагноившиеся кисты
- Травмы челюстей
- Некорректно проведенное консервативное лечение
- Специфический периостит (сопровождает такие болезни, как актиномикоз, туберкулез)
- Токсический - в случае попадания в мягкие ткани челюсти инфекционного агента с кровотоком

Классификация

1. В зависимости от степени участия болезнетворных бактерий в развитии воспалительного процесса:

- Гнойный периостит;
- Асептический периостит.

2. По характеру экссудативных выделений:

- Экссудативный периостит;
- Пролиферативный периостит.

3. В зависимости от остроты течения процесса:

- Острый;
- Хронический.

4. Классификация по форме заболевания:

- Простой периостит;
- Фиброзный периостит;
- Серозный периостит;
- Гнойный периостит

Клиническая картина

Острый одонтогенный периостит

Общее состояние неудовлетворительное:

- поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны (на стороне поражения)
- повышение температуры до 37-37.5, недомогание, головная боль, потеря аппетита

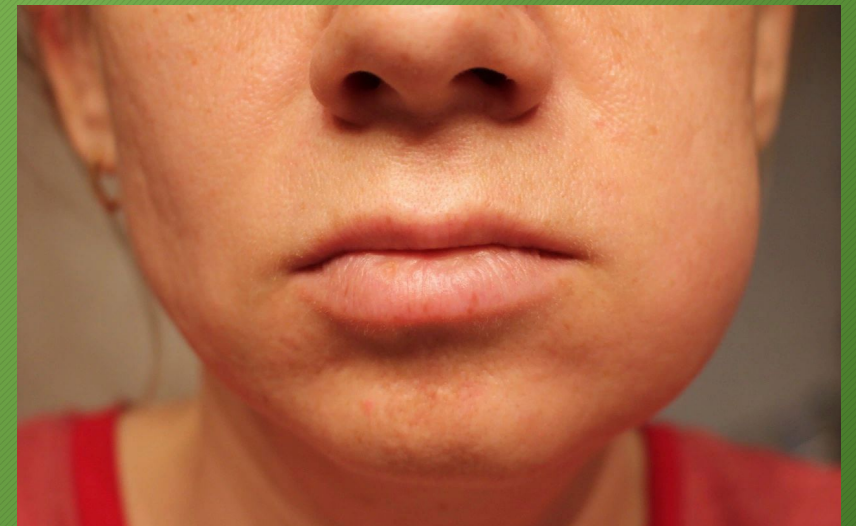
Объективно

- наличие причинного зуба
- отечность мягких тканей
- гиперемия слизистой в области переходной складки
- резкая локализованная боль в области челюсти с иррадиацией в ухо, висок, глазницу, шею
- болезненность при открывании рта, ограничения движения челюсти
- патологическую подвижность больного зуба
- асимметрия лица
- наличие плотного болезненного инфильтрата или валикообразной припухлости с очагом флюктуации - поднадкостничного абсцесса



Хронический одонтогенный периостит

Встречается редко. Воспалительный процесс чаще появляется в надкостнице нижней челюсти и отличается местной воспалительной реакцией. Такое течение наблюдают у больных с первичными или вторичными иммунодефицитными заболеваниями или состояниями. После стихания острых явлений при остром гнойном периостите, особенно при самопроизвольном или недостаточном опорожнении гнойника, остается периостальное утолщение кости. Хроническое поражение надкостницы при рецидивирующих обострениях периодонтита бывает часто у детей и подростков, возможно первично-хроническое течение.



Лечение одонтогенного периостита

Лечебные процедуры при одонтогенном периостите могут соответствовать двум методам:

- медикаментозное лечение, которое уместно только на начальном этапе заболевания;
- хирургическая операция, которая проводится при наличии сформировавшегося очага гнойного воспаления.

Медикаментозное лечение заключается в следующих этапах:

- устранение отечности и купирование воспалительного процесса. Для этой цели назначаются антибиотики (амоксиклав, ампиокс, линкомицин, доксициклин, цифран и пр.), либо другие антимикробные средства, например, сульфаниламидные препараты;
- воздействие на основную причину появления одонтогенного периостита (лечение кариеса, лечение или удаление зуба и т. д.);
- поддержка иммунитета и здоровья костной системы (применение укрепляющей и иммуностимулирующей терапии, прием препаратов кальция, витаминов, иммуномодуляторов).

Хирургическая операция назначается при неэффективности консервативного лечения, либо при гнойном периостите:

- местная анестезия;
- вскрытие образовавшегося гнойника (через который удаляют гнойное содержимое, затем устанавливают дренаж для обеспечения оттока гнойных выделений);
- контрольная рентгенограмма для уточнения причины формирования периостита;
- восстанавливающее медикаментозное лечение, либо удаление поврежденного зуба, если его дальнейшее лечение невозможно.

В сложных случаях дополнительно проводят лечение лазерной терапией, ультразвуком, процедурами ионофореза.



ОСТЕОМИЕЛИТ

это инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс, развивающийся в костной ткани челюстей под влиянием различных агрессивных факторов различной природы на фоне предварительной сенсibilизации организма и нейрогуморальных сдвигов, предшествующих началу развития заболевания

Классификация

В клиническом течении остеомиелита челюстей выделяют 4 стадии:

- острую (до 14 суток)
- подострую (с 15 до 30 суток)
- хроническую (с 30 суток до нескольких лет)
- обострение хронического остеомиелита

По распространённости процесса

- ограниченный (локализация в пределах пародонта 2-3-х зубов)
- очаговый (локализация включает альвеолярный отросток, тело челюсти на протяжении 3-4-х зубов, ветвь челюсти на протяжении 2-3 см)
- диффузный (с поражением половины или всей челюсти) остеомиелит

По клинико-рентгенологической картине в хроническом остеомиелите

- форма с преобладанием продуктивно-гиперпластических процессов и форму с преобладанием деструктивных процессов, причём эта форма тоже может развиваться в двух формах: рафицирующей и секвестрирующей.
- остеомиелит челюстей, протекающий нетипично, без острой фазы, без температурной реакции тела, с незначительной деструкцией костной ткани, с образованием свищей (первично-хронический)

Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюстей

Началу острого процесса предшествуют инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп, ангина и др.) или какая-либо стрессовая ситуация (переохлаждение, перегревание, физическое или эмоциональное перенапряжение)

Жалобы:

- сильная боль в половине челюсти
- иррадиация боли в висок, ухо, затылок и шею
- в зависимости от локализации процесса могут присоединяться жалобы на боль при глотании, разговоре, пережёвывании пищи, болезненное или затруднённое открывание рта

Общее состояние:

- выраженная интоксикация организма с нарушением общего состояния (слабость, недомогание, озноб, нарушение вегетативной функции и деятельности сердечно-сосудистой системы (тахикардия, чаще гипертония, приглушённость тонов сердца, аритмия и др.), желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея).
- общее состояние может оцениваться как средней тяжести или тяжёлое, при котором температура тела повышается до 39.-40 С и выше
- Начинают резко проявляться неврологические и соматические симптомы: больной вяло реагирует на окружающую обстановку и задаваемые ему вопросы, бледен, на коже холодный липкий пот

Объективно:

Внешний осмотр

- выраженный отёк мягких тканей лица
- кожа обычной окраски или слабо гиперемирована, собирается в складку
- глубокая пальпация мягких тканей в области отёка вызывает резкую болезненность
- выраженная воспалительная контрактура I-II степени, характеризующаяся ограничением открывания рта
- в соответствующих областях пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы (причём лимфаденит может развиваться не только на стороне поражения, но и на противоположной стороне)

Осмотр полости рта

- болезненная перкуссия нескольких зубов, включая и интактные (**симптом "множественного периодонтита"**), причём перкуссия причинного зуба становится менее болезненной.

В начале заболевания причинный зуб неподвижен, но вскоре он начинает расшатываться. Становятся подвижными и рядом расположенные зубы (симптом "клавиш").

При развитии острого остеомиелитического процесса после удаления зуба наблюдается выделение из его лунки гнойного содержимого.

- Изо рта исходит гнилостный запах,
- язык обложен,
- слюна густая и тягучая.

При пальпации участка челюсти в области поражённых зубов определяется сглаженность и утолщение альвеолярного отростка

- Слизистая оболочка на протяжении нескольких зубов гиперемирована и отёчна.
- На 3-4-е сут десна в области причинного зуба становится цианотичной и пастозной. В результате разрушения круговой связки зуба воспалённая маргинальная десна может отслаиваться от зубов, и из-под неё выделяется гной.
- Альвеолярный отросток верхней челюсти либо альвеолярная часть нижней муфтообразно утолщены за счёт инфильтрации и отёка мягких тканей с двух сторон: вестибулярной и оральной (**симптом двустороннего периостита**).
- После формирования поднадкостничных абсцессов в области инфильтрата определяют размягчение, появляется флюктуация

Лечение остеомиелита

Общее лечение при остром остеомиелите челюсти:

- антибиотики,
- антигистаминные препараты, снижающие интоксикацию и оказывающие противовоспалительное действие, а также улучшающие проникновение лекарственных веществ в очаг воспаления (димедрол, супрастин, диазолин, фенкарол),
- препараты кальция, оказывающие десенсибилизирующее влияние на организм и уменьшающие проницаемость сосудов. Вместе с десенсибилизирующими средствами вводят 5 % и 40 % р-ры глюкозы, 10% р-р кальция хлорида в/в, иногда в составе капельных вливаний.
- витамины, особенно вит С, группы В, антигенные стимуляторы — метилурацил, милайф, пентоксил; адаптогены — дибазол, женьшень, лимонник китайский и др.

Местное лечение: первичная хирургическая обработка гнойных очагов (удаление зуба — источника инфекции), вскрытие гнойных очагов под надкостницей, в кости и околочелюстных мягких тканях, дренирование и санацию очагов инфекции.

Чем раньше удален зуб, тем быстрее стихают воспалительные явления, меньше опасность распространения процесса. Подвижные зубы укрепляют металлической шиной, каппой, брекетной системой. Удаление зуба следует сочетать с одновременным вскрытием гнойных очагов в кости, под надкостницей и в мягких тканях. Разрезы в преддверии рта целесообразно сочетать с перфорацией кости для создания лучшего оттока гноя и улучшения микроциркуляции.

Абсцесс – это ограниченное воспаление клетчатки с образованием полости.

Флегмона – это разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной или межфасциальной жировой клетчатки, нередко распространяющееся на два, три и более анатомические пространства

Причины абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области

- * одонтогенные очаги: острая и обострившаяся периодонтит, острый периостит, пародонтит, перикоронарит, нагноившаяся радикулярная или фолликулярная киста, воспаление лунки после удаления зуба);
- * гнойное воспаление лимфатических узлов – гнойные лимфадениты;

Анатомо-топографическая классификация абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области (Робустова Т.Г.)

- **Абсцессы и флегмоны тканей, прилегающих к верхней челюсти:**
 - а) поверхностные – подглазничная, щечная, скуловая области;
 - б) глубокие – подвисочная и крылонебная ямки;
 - в) вторичные – височная область, область глазницы.
- **Абсцессы и флегмоны тканей, прилегающих к нижней челюсти:**
 - а) поверхностные – поднижнечелюстной, подподбородочный треугольники;
 - б) глубокие – крыловидно-нижнечелюстное, окологлоточное, подъязычное пространства;
 - в) вторичные – позадичелюстная область, передние области и пространства шеи.
- **Абсцессы и флегмоны языка.**
- **Распространенные флегмоны лица и шеи.**

Клиническая картина заболевания

На начальных стадиях абсцессы, флегмоны, проявляются уплотнением и прогрессирующим отеком мягких тканей лица. Кожные покровы над гнойным очагом часто гиперемизированы. Ключевым симптомом нагноения служит флюктуация – ощущение наличия жидкости в замкнутом пространстве.

Течение флегмон сопровождается общей интоксикацией, при которой пациент предъявляет следующие жалобы:

- недомогание и чувство хронической усталости;
- увеличение температуры тела;
- быструю утомляемость и боль в суставах.

Абсцессы, как правило, не вызывают подобной симптоматики вследствие ограниченности патологического процесса.



АБСЦЕСС
ГЛАЗНИЦЫ



ФЛЕГМОНА
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ
ОБЛАСТИ

Лечение

Общее

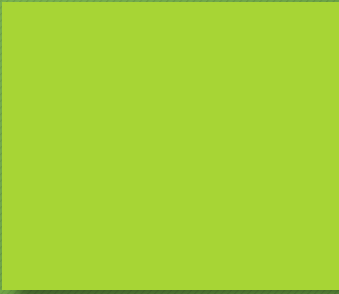
- противовоспалительные средства
- антибиотики (широкого спектра действия, а также влияющие преимущественно на гноеродную флору).
- гипосенсибилизирующие препараты (супрастин, тавегил, фенкарол, цетрин).
- дезинтоксикационная терапия (физиологический раствор, реополиглюкин, гемодез).
- витамины (витамины группы В, витамин С, никотиновая кислота)
- адаптогены, общеукрепляющие средства (родиола розовая, женьшень, элеутерококк, аралия, золототысячник, лимонник, облепиха, имбирь и др.).
- стрептококковый анатоксин.
- средства для нормализации иммунитета (Т-активин, тималин, интерфероны).

Местное

Хирургическое лечение при флегмоне ЧЛО проводится в специализированном стационаре, где имеется все необходимое оборудование, инструментарий, квалифицированные врачи и другой медицинский персонал, операционные, палата интенсивной терапии. В стационаре можно качественно провести саму операцию и организовать грамотное ведение пациента после операции, его комплексное лечение.

Операция удаления зуба







Показания к удалению зуба:

- хронический гранулирующий и гранулематозный периодонтит,
- осложнения, связанные с лечением зубов (перфорация полости зуба или его корня, поломка инструмента в труднодоступных участках зуба и др.);
- невозможность медикаментозного лечения зуба при разрушении значительной части его коронки, а корень последнего нельзя использовать для протезирования;
- неправильно расположенные в зубном ряду одиночные зубы, которые вызывают постоянное травмирование слизистой оболочки;
- подвижность зубов III степени и выдвинувшиеся из-за отсутствия антагонистов зубы
- одиночные зубы, препятствующие стабилизации съемного протеза;
- для устранения аномалий прикуса при ортодонтическом и хирургическом лечении;
- при наличии новообразований альвеолярного отростка;
- в случае рождения ребенка с прорезавшимися молочными зубами (обычно нижними резцами) они подлежат удалению, так как препятствуют кормлению грудью (если их не удалось покрыть защитной пластинкой);
- молочные зубы, которые служат причиной воспалительных заболеваний;
 - зуб находящийся в линии перелома
- удаление молочного зуба может быть показано при его подвижности, возникающей в результате рассасывания корней или при замедлении рассасывания и обнажении корня.

Противопоказания к удалению зубов:

- подвижный или разрушенный зуб, находящийся в злокачественной опухоли который следует удалить только вместе с удалением опухоли;
- сердечнососудистые заболевания
- острые заболевания почек
- острые заболевания поджелудочной железы
- инфекционный гепатит
- заболевание крови
- гиповитаминозы (С-авитоминоз)
- острые заболевания дыхательных путей
- острые инфекционные заболевания
- острые заболевания центральной нервной систем
- психические заболевания в период обострения
- беременность (I и III триместр)
- острая лучевая болезнь
- лучевая терапия, проводимая по поводу опухолей челюстно-лицевой локализации;
- острые воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и зева (стоматиты, гингивиты, ангины, хейлит)



-
- Операция удаления зуба проводится после лечения этих заболеваний.
 - У больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями целесообразней удалять зуб в условиях стационара

Этапы удаления зуба

- 1. Отслоение циркулярной связки зуба.
- 2. Наложение щипцов.
- 3. Продвижение щипцов.
- 4. Фиксация щипцов.
- 5. Вывихивание зуба (люксация, ротация).
- 6. Выведение зуба из лунки.

Рекомендации пациенту после удаления зуба

- избегать тяжелых физических нагрузок и занятий спортом;
- - отказаться от посещения бани и сауны, горячей ванны и душа, солярия;
- -нельзя полоскать;
- -нельзя трогать, ощупывать (языком и любыми другими даже стерильными предметами) и тем более удалять из лунки кровной сгусток, образовавшийся после удаления, а также швы, если они есть;
- -нельзя курить и употреблять алкоголь (желательно не менее 2 суток), поскольку при курении сигарет во рту образуется вакуум, из-за которого сгусток крови может сместиться, что приведет к осложнениям;
- -вакуум также образуется, если пить жидкость из трубочки, втягивать ее с ложки губами внутрь, поэтому данных манипуляций первое время лучше избегать;
- -не следует жевать пищу на стороне удаленного зуба;
- - воздержаться от приема горячей пищи, поскольку горячая жидкость может способствовать растворению сгустка в лунке;
- -воздержитесь также от чистки зубов, находящихся в непосредственной близости от места удаления
- -не греть область удаленного зуба, чтобы не спровоцировать усиление боли и отека;
- -при сильной боли можно принять обезболивающее
- -для уменьшения отека и чувствительности рекомендуется принимать антигистаминные препараты
- -если на 3 день после удаления зуба появятся боли или отек, обязательно обратиться к врачу
-

Местные осложнения

Отлом коронки или перелом корня

Вывих или перелом соседнего зуба

Отлом альвеолярного отростка челюсти

Проталкивание корня зуба в мягкие ткани

Проталкивание корня в нижнечелюстной канал

Вывих нижней челюсти

Перелом тела нижней челюсти

Повреждение десны и мягких тканей полости рта

Аспирация зуба или его корня

Прободение дна верхнечелюстной пазухи (перфорация)

Проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху

Кровотечение - может быть после удаление зуба при развившемся в окружающих тканях острым воспалительном процессе, так как сосуды в них расширены и не спадаются. Позднее вторичное кровотечение из лунки происходит через несколько дней после удаления зуба. Оно обусловлено развитием воспалительного процесса в ране и гнойным расплавлением организующихся тромбов в сосудах, поврежденных во время операции.

Вывих нижней челюсти

Причины:

- чрезмерное открывание рта при зевоте, рвоте, откусывании большого куска пищи
- при лечении и удалении моляров
- насильственное открывание рта
- удар по телу челюсти

Вывихи:

- односторонние
- двусторонние
- передние
- задние
- боковые

Первая доврачебной помощь пострадавшему при подозрении на вывих нижней челюсти

Вызов бригады СМП;

Запретить пострадавшему говорить, пытаться раскрыть или зарыть рот, для более надежной иммобилизации челюсть подвязывается косынкой или платком; укрепляется снизу вверх и спереди назад двумя лоскутами ткани;

Рот, который при вывихе всегда открыт, прикрыть впитывающей тканью, которая предохранит от попадания грязи и пыли, а так же уменьшит солизацию – отделение слюны;

При возможности разрешается ввести противовоспалительный и спазмолитический препарат внутримышечно для обезболивания и уменьшения воспаления;

На место предполагаемого вывиха рекомендовано положить пузырь со льдом для уменьшения отека и воспалительного компонента благодаря рефлекторному сужению сосудов.

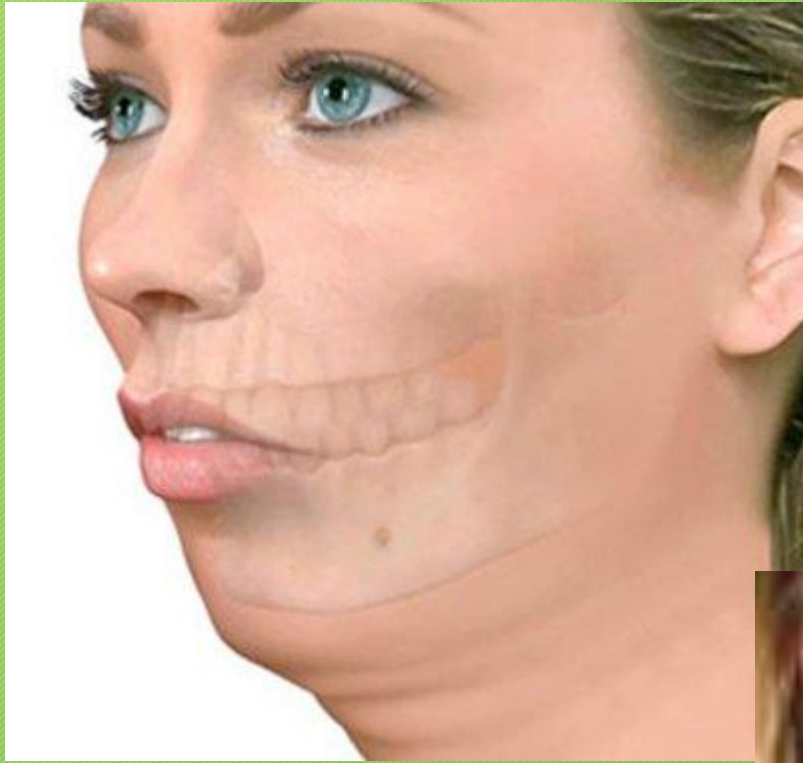
Вправление вывиха

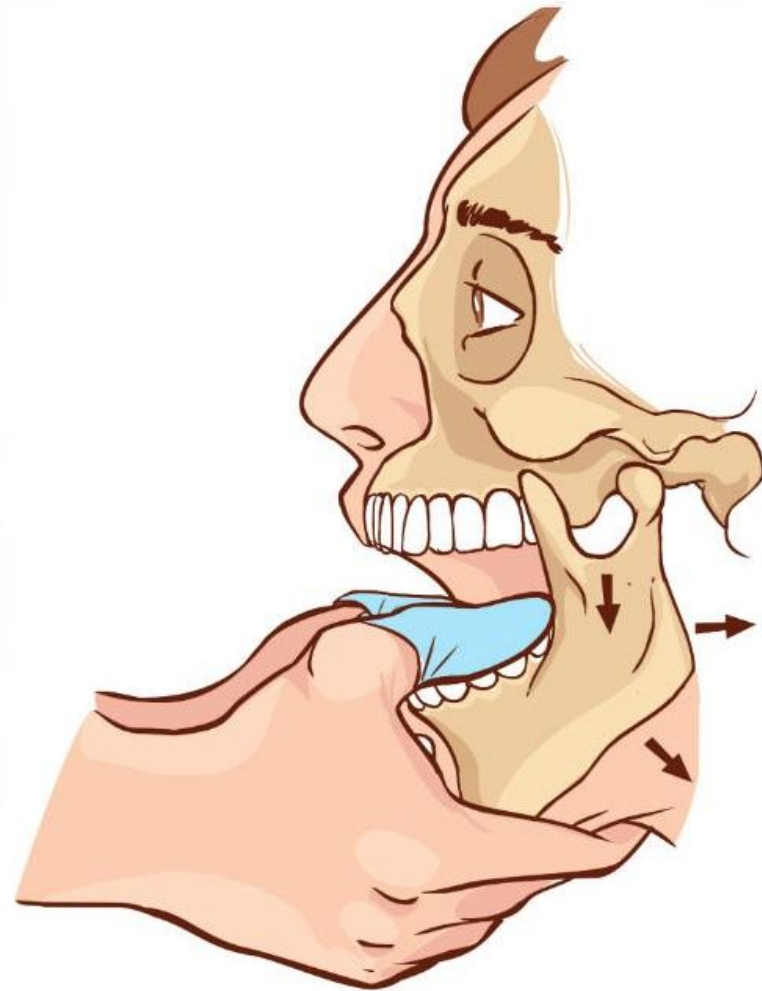
Предварительно сустав обезболивают при помощи мандибулярной анестезии.

Большие пальцы врача, обернутые марлей, вводятся в полость рта, оставшиеся обхватывают угол нижней челюсти.

Челюсть выдвигается книзу и назад резким движением, при этом слышится щелчок.

Затем больному накладывают пращевидную повязку, которую противопоказано снимать в течение следующих двух недель, назначаются противовоспалительные препараты, для предотвращения воспалительных изменений и обезболивания. Пища такого пациента должна быть измельченная блендером, желательно прием через трубочку, без твердых компонентов, не обжигающая.







VBOARD BY

Переломы челюстей

Перелом - это полное или частичное нарушение целостности кости.

Переломы –полные, неполные.

По линии перелома:

- поперечные
- косые
- зигзагообразные

По количеству отломков:

- двойные
- множественные
- оскольчатые

По механизму возникновения:

- прямые
- не прямые

По повреждению мягких тканей:

- открытые
- закрытые

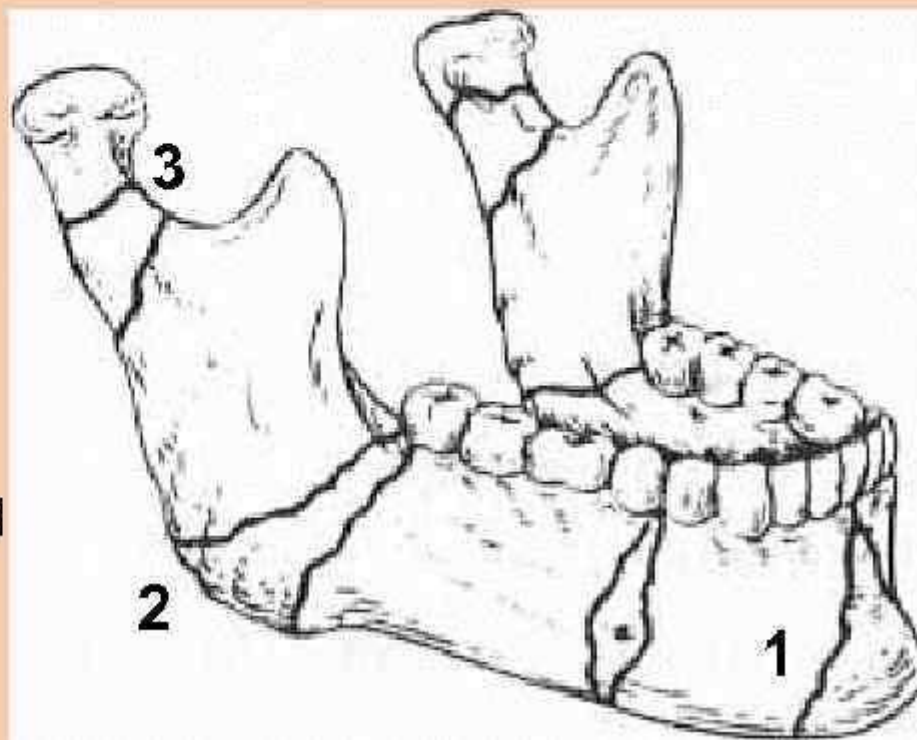
Причины:

- травмы
- ДТП
- патологии

Переломы нижней челюсти.

Чаще всего перелом происходит в области, так называемых слабых участков:

- 1) подбородочном отделе,
- 2) в области угла нижней челюсти
- 3) в области суставного отростка нижней челюсти



Жалобы зависят от характера перелома: боли, усиливающиеся при движении челюсти, при откусывании пищи.

Больной указывает на неправильное смыкание зубов. Может быть онемение кожи подбородка и нижней губы. При повреждении головного мозга отмечается тошнота, головокружение, кровотечение из ушей, ретроградная амнезия.

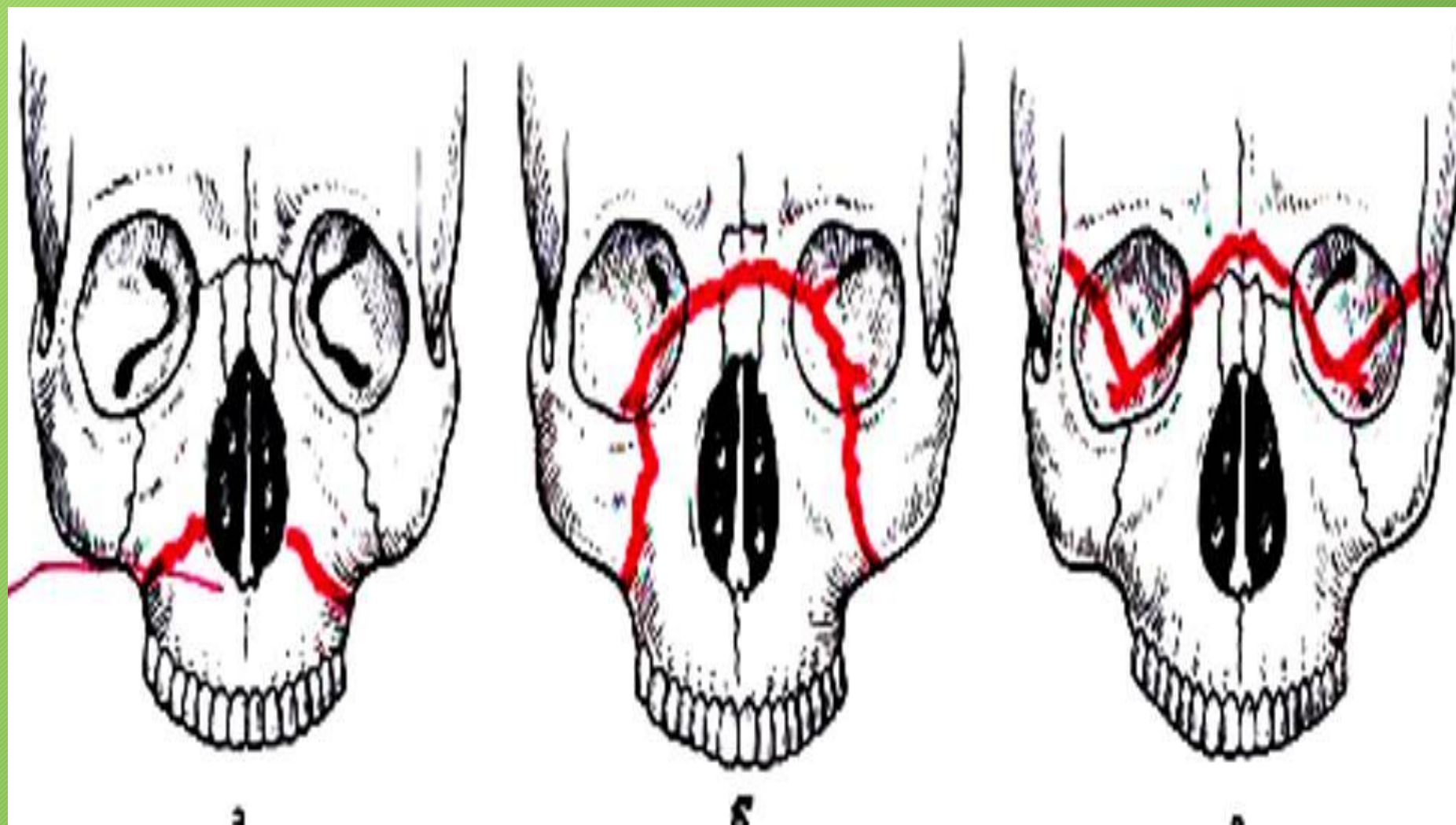
Отмечается изменение конфигурации лица, гематомы, ссадины, смещение подбородка.

Диагноз уточняется рентгенологически









1 тип (Ле Фор I) – перелом тела верхней челюсти. Линия перелома проходит выше основания альвеолярного отростка, над сводом твердого неба, пересекает верхнечелюстную полость – ее дно отламывается. происходит перелом перегородки носа.

Жалобы: боль в области верхней челюсти, которая усиливается при смыкании зубов и пережевывании, невозможность откусывать передними зубами.

Визуально: изменение конфигурации лица - припухлости мягких тканей верхней губы, щек, носогубных складок. Удлиняется нижняя треть лица. Неправильное смыкание челюстей, ощущение инородного тела в глотке, затруднение носового дыхания.

В полости рта – кровоизлияние верхнего свода преддверия полости рта в пределах всех зубов. Мягкое небо кажется удлиненным. Пальпаторно в линии перелома определяется боль и патологическая подвижность отломка.

2 тип (Ле Фор II) – отрыв верхней челюсти вместе с носовыми костями от скуловой кости. Линия перелома пересекает переносицу, глазницу и основания крыловидных отростков.

Жалобы: (Ле Фор I) и онемение кожи подглазничной области, верхней губы, крыла носа. Отмечается слезотечение, снижение и потеря обоняния, отек и кровоизлияние в мягкие ткани подглазничной области «симптом очков», экзофтальм, носовое кровотечение.

Пальпаторно в линии перелома определяется боль и патологическая подвижность отломка.

3 тип (Ле Фор III) – происходит полный отрыв верхней челюсти, костей носа и скуловой кости от костей черепа. Наблюдается перелом основания черепа.

Жалобы: если больной в сознании – он указывает на двоение в глазах при вертикальном положении, болезненное затрудненное глотание, першение в горле, наличие в нем инородного тела, тошнота, затрудненное открывание рта.

Визуально: лицо одутловатое, лунообразной формы, «симптом очков». Глазная щель расширена, экзофтальм. При вертикальном положении лицо удлиняется, при горизонтальном – уплощается.

Пальпаторно в линии перелома определяется боль и нарушение целостности кости.

Неотложная помощь:

- Наложить асептическую повязку на рану
- Провести профилактику кровотечения, асфиксии, шока
- Провести транспортную иммобилизацию.

Лечение: цель – в максимально короткий срок получить сращение отломков в положении, которое обеспечивает полное восстановление прикуса.

1. Бимануальная репозиция отломков.
2. Стабильная и жесткая фиксация отломков на период консолидации.
3. Создание благоприятных условий для репаративной регенерации в области перелома.
4. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений.

Шинная фиксация отломков нижней челюсти – 25-30 дней, верхней челюсти – 20-22 дня. При явлениях воспаления – до 6 недель.



Заболевания пародонта

Гингивит-это воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием общих или местных факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Формы:

Катаральная
гипертрофическая
язвенная

Течение:

1. острое
2. хроническое
3. обострившееся (абсцедирующее)
4. ремиссия

Распространенность:

1. локализованный (очаговый)
2. генерализованный (диффузный)

Степень тяжести:

1. легкая
2. средняя
3. тяжелая

Классификация заболеваний пародонта

1. Гингивит

2. Пародонтит

3. Пародонтоз

4. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта - пародонтолиз

5. Пародонтомы - опухоли и опухолеподобные процессы пародонте

Гингивит –это воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием общих или местных факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Форма:

- катаральная
- гипертрофическая
- язвенная

Течение:

- острое
- хроническое
- обострившееся (абсцедирующее)
- ремиссия

Распространенность:

- локализованный (очаговый)
- генерализованный (диффузный)

Степень тяжести:

- легкая
- средняя
- тяжелая

Катаральный гингивит



Катаральный гингивит.

Причины: микробный зубной налет, механическая, химическая травмы, лучевые воздействия, заболевания ЖКТ, ССС, ОРВИ.

Клиника: у детей часто является следствием ОРВИ.

Жалобы: кровоточивость десен при чистке зубов в зимне-весенний период.

Осмотр: межзубные сосочки и маргинальная десна гиперемированы, отечны, легко кровоточат. Патологический десневой карман не определяется.



Гипертрофический гингивит.

Причины: гормональные сдвиги, патология прикуса, скученность зубов, аномалии положения зубов, механическая травма, прием лекарственных препаратов для лечения эпилепсии.

Клиника: выделяют 3 степени тяжести
легкая – десна покрывает $1/3$ коронки зуба;
средняя- десна покрывает до $1/2$ коронки зуба;
тяжелая - десна покрывает более $1/2$ коронки зуба.

Жалобы: кровоточивость десен, изменение их вида, болезненность во время приема пищи.

Осмотр: межзубные сосочки и маргинальная десна гиперемированы, отечны, легко кровоточат. Определяется «ложный десневой карман».



Язвенный гингивит (язвенно-некротический гингиво-стоматит Венсана)

Причины: ОРВИ, ангина, грипп, переохлаждение, стресс, плохая гигиена полости рта, кариозные и разрушенные зубы, затрудненное прорезывание 3 моляра. Язвенный гингивит развивается на фоне катарального.

Клиника: боль в деснах, затрудняющая прием пищи, речь.

Жалобы: головная боль, отсутствие аппетита, боль в суставах и мышцах. Температура тела 37,5-39° С, бледность кожных покровов, подчелюстной лимфаденит.

Осмотр: на гиперемированной и отечной десне отмечается наличие язв и сероватого налета (некроз). Обилие зубных отложений, неприятный запах изо рта, повышено слюноотделение. После удаления налета – обнажается кровоточащая рыхлая десна.

Пародонтит –это воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией костной ткани и периодонта.

Течение:

- острое
- хроническое
- обострившееся (абсцедирующее)
- ремиссия

Распространенность:

- локализованный (очаговый)
- генерализованный (диффузный)

Степень тяжести:

- легкая
- средняя
- тяжелая

Местные факторы:

- Травмирование ортопедическими, ортодонтическими конструкциями нависающими краями пломб, острыми краями зубов
- Аномалии прикуса и уздечек, наклоны и смещения зубов
- Кариес на апроксимальной поверхности
- Постоянная перегрузка тканей, которая случается, например, при отсутствии некоторых зубов
- Скопление патогенных микроорганизмов по причине плохой гигиены

Общие факторы:

Сахарный диабет и другие эндокринные нарушения
А- и гиповитаминозы, особенно С
Заболевания крови
Болезни ЖКТ
Остеопороз.



Легкая степень тяжести – жалобы: кровоточивость десны во время чистки зубов и откусывании твердой пищи. Осмотр: гиперемия десны, наличие зубных отложений. Пародонтальные карманы не более 4 мм, деструкция костной ткани межкорневой перегородки до $1/3$ длины корней, патологической подвижности нет.

Средняя степень тяжести – жалобы: неприятный запах изо рта, резкая кровоточивость десен во время приема пищи, изменение положения зубов, гиперестезия. Пародонтальные карманы от 4 до 6 мм, деструкция костной ткани перегородок на $1/3$ - $1/2$ длины корней, патологическая подвижность I-II ст.

Тяжелая степень тяжести – жалобы: боль в деснах, кровоточивость, затруднено жевание, неприятный запах изо рта, смещение зубов и утрата отдельных. Пародонтальные карманы более 6 мм, деструкция костной ткани перегородок более $1/2$ длины корней, патологическая подвижность II-III ст.

Пародонтоз - это дистрофическое поражение тканей пародонта.

Течение:

- хроническое
- ремиссия

Распространенность:

- генерализованный

Степень тяжести:

- легкая
- средняя
- тяжелая



Причины

- системные заболевания (наследственные, приобретенные)
- эндокринной нарушения (сахарный диабет)
- авитаминоз
- вредные привычки – алкоголизм и курение, которые вызывают ишемию кровеносных сосудов, что способствует развитию пародонтоза
- иммунные нарушения, протекающие длительный период
- заболевания системы кровообращения и желудочно-кишечного тракта
- нервно – психические отклонения
- гиподинамия
- гипоксия

Клиника.

Жалобы: болевые ощущения от воздействия температурных, химических раздражителей

в области шеек зубов, зуд в деснах, чувство жжения, онемения.

Осмотр: бледность десны, край которой плотно прилегает к поверхности зубов.

Легкая степень тяжести – отмечаются начальные признаки обнажения корней.

Средняя степень тяжести – обнажение $1/3$ длины корней, зубы устойчивы.

Тяжелая степень тяжести – обнажение корней на $1/2$, подвижность зубов 1 степени, появление клиновидного дефекта

Травмы зубов

Вывих зуба

Вывих зуба - смещение зуба относительно лунки за счет разрыва или растяжения волокон периодонта, нервно-сосудистого пучка и травмирования стенки лунки корнем зуба. Чаще всего вывих встречается при механическом воздействии: ударе, падении, удалении соседнего зуба.

Различают следующие вывихи: неполный (экструзия), вколоченный (интрузия), полный (авульсия). Чаще вывихиваются однокорневые зубы.

Клиника: для вывиха зуба характерны: отёк, гематома слизистой оболочки в месте повреждения. При вколоченном вывихе будет видна лишь часть коронки, а остальная находится в альвеолярном отростке. При полном вывихе зуба — травматическое удаление его из лунки. При неполном вывихе определяется подвижность зуба I-II степени, изменение его положения в сагиттальном, трансверзальном направлениях.

Жалобы на боль в зубе, изменение его положения, невозможность откусывания пищи и смыкания зубов в центральной окклюзии.

Диагностика: На рентгенограмме при неполном вывихе определяется неполное расширение периодонтальной щели (равномерное или неравномерное); при вколоченном вывихе — прослеживаются участки нормальной периодонтальной щели и тень корня без нее (в месте вколачивания), а также может зуб полностью находиться в кости либо мягких тканях; при полном вывихе — зуб в лунке отсутствует.



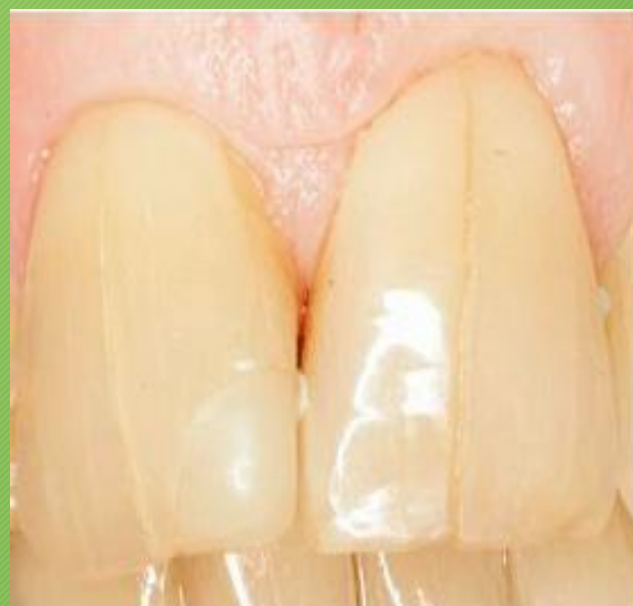
Лечение:

Неполный вывих: 1. Местное обезболивание. 2. Репозиция постоянного и временного зуба, в котором не начался процесс резорбции корней. Временные зубы, в которых начали рассасываться корни, подлежат удалению с последующим, при необходимости, их протезированием. 3. Фиксация его каппой либо гладкой шиной-скобой. 4. При установлении гибели пульпы — экстирпация её и пломбирование канала. 5. Механически щадящая диета. 6. Осмотр через 1 мес. 7. Лекарственная терапия.

Полный вывих или травматическое удаление: 1. Местное обезболивание. 2. Экстирпация пульпы и пломбирование канала. 3. Реплантация постоянного зуба. 4. Фиксация его на 4 недели каппой либо гладкой шиной-скобой. 5. Механически щадящая диета. 6. Лекарственная терапия.

Вколоченный вывих: 1. Ортодонтическая и/или хирургическая экструзия и фиксация зуба временного со сформированным корнем и постоянного. у детей до 2 лет можно ожидать самостоятельного его «прорезывания». Если этого не произошло через 4-6 месяца после травмы, зуб удаляют. 2. ЭОД травмированного зуба для выявления гибели пульпы. В случае ее некроза — экстирпация и пломбирование каналов зуба. 3. Удаление постоянного зуба, если его не удастся сохранить. 4. Лекарственная терапия.

Жизнеспособность пульпы проверяют путем определения ее электровозбудимости. Следует помнить, что в первые дни после травмы электровозбудимость пульпы может быть снижена. Поэтому состояние пульпы проверяется в динамике: сразу после травмы и через 3 - 5 дней после нее.



Вертикальная
трещина



Наклонная
трещина

Ушиб зуба — травматическое повреждение зуба, характеризующееся сотрясением и/или кровоизлиянием в пульпарную камеру и периодонт.

Клиника: В первые часы возникает значительная болезненность, усиливающаяся при накусывании. Иногда может произойти разрыв сосудистого пучка, может быть кровоизлияние в пульпу. Разная степень подвижности зуба, затрудненный прием пищи, перкуссия его болезненная.

Диагностика: Состояние пульпы определяют путем ЭОД, которое проводят в динамике через 2 - 3 дня после травмы. Необходимо исключить перелом корня и провести рентгенологическое обследование.

Лечение: 1. Создание условий для покоя поврежденного зуба, «выведение» его из окклюзии. 2. Механически щадящая диета. 3. При гибели пульпы постоянных зубов — экстирпация и пломбирование каналов, а временных зубов — в зависимости от состояния корня, — лечение или удаление зуба.