

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ЦЕНТР СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Л.Ю. ЮСУПОВА, И.Х. АТАУЛЛАЕВА

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

*Учебное пособие
для медицинских колледжей*

Ташкент – «ILM ZIYO» – 2015

УДК: 616.31(075)
ББК: 56,6
А92

*Рекомендовано к изданию Советом по координации
деятельности научно-методических объединений высшего
и среднего специального, профессионального образования*

Авторы:

ЮСУПОВА Л.Ю. — директор медицинского колледжа имени
П.Ф. Боровского, к.м.н;
АТАУЛЛАЕВА И.Х. — преподаватель предмета «Стоматоло-
гические болезни».

Учебное пособие «Стоматологические болезни» подготовле-
но в соответствии с государственным образовательным стандар-
том среднего профессионального образования по специальности
«Лечебное дело». В пособие включены сведения об анатомо-фи-
зиологических данных полости рта, клинической картине, диа-
гностике, лечении и профилактике основных стоматологических
заболеваний. В пособии нашли отражение современные методы
лечения, диагностики и оказания неотложной помощи при забо-
леваниях полости рта.

Предназначено для учащихся медицинских колледжей и прак-
тикующих медсестер.

Рецензенты:

ЯКУБОВА Ф.А. — врач-стоматолог ООО Микдор;
ТАШПУЛАТОВА Н. — преподаватель Чиланзарского меди-
цинского колледжа;
КОРНЕВА В.В. — преподаватель медицинского колледжа
имени П.Ф. Боровского.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Заболевания органов полости рта характеризуются широким спектром симптомов, поражением тканей полости рта и смежных структур, нередко являются проявлением системной патологии. Знание основ стоматологии необходимо для врачей общей практики, а также для медицинских работников среднего звена. От того, сможет ли врач или средний медицинский работник определить характер патологического процесса в челюстно-лицевой области и направить больного к специалисту, возможно, во многом будет зависеть исход этого заболевания. Особенно важно правильно оценить состояние больного в случаях, требующих неотложной помощи (травма, кровотечение, удушье и т.д.). Неправильная оценка состояния больного, а тем более несвоевременное оказание неотложной помощи могут угрожать и жизни больного.

Главная цель учебного пособия — научить будущих работников медицинского звена нестоматологического профиля оказывать первую помощь больным с заболеваниями или повреждениями челюстно-лицевой области, повреждениями твердых тканей зуба, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, а при необходимости своевременно направлять больного к специалисту.

К созданию данного учебного пособия на русском языке подтолкнул тот факт, что в медицинских колледжах недостаточно книг нового поколения, которые бы отвечали требованиям времени. От знаний и профессиональных умений фельдшеров лечебного дела зависит успех лечения и оказания неотложной доврачебной помощи населению.

Разработанное учебное пособие поможет в подготовке фельдшеров общей практики в колледжах, а также будет

способствовать повышению знаний и улучшению качества медицинских услуг, оказываемых пациентам.

Книга содержит основные сведения по этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике и лечению основных стоматологических заболеваний. Представленная информация будет полезна не только при подготовке к экзамену, но и в практической работе среднего медицинского персонала.

Учебное пособие соответствует программе подготовки специалистов по предмету «Стоматологические болезни», утвержденной в 2013 году.

Авторы учебного пособия выражают надежду, что предлагаемое издание может быть использовано в медицинских колледжах при подготовке средних медицинских работников.

Глава I

КРАТКАЯ АНАТОМИЯ, ГИСТОЛОГИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Полость рта представлена следующими органами и анатомическими образованиями: ротовой щелью, преддверием полости рта, щеками, губами, твердым нёбом, мягким нёбом, языком, деснами, зубами, верхней и нижней челюстями.

Полость рта, cavitas oris (греч. *stoma* – *рот*, отсюда *стоматология*), делится на два отдела: преддверие рта и собственно полость рта. Преддверием рта называется пространство, расположенное между губами и щеками снаружи и зубами и деснами изнутри. Посредством ротового отверстия, *gita oris*, преддверие рта открывается наружу.

Губы представляют волокна круговой мышцы рта, покрытые снаружи кожей, изнутри – слизистой оболочкой. По углам ротового отверстия губы переходят одна в другую посредством спаек. Кожа переходит на губах в слизистую оболочку рта, которая, продолжаясь с верхней губы на поверхность десны, образует по средней линии довольно хорошо выраженную уздечку.

Щеки, buccae, имеют то же строение, что и губы. Щеки снаружи покрыты кожей, изнутри – слизистой оболочкой. Основу щеки составляет щечная мышца (*m. buccinator*).

Слизистая оболочка щек переходит в слизистую десен, которые являются альвеолярными отростками верхней и нижней челюстей.

Сверху полость рта ограничена твердым нёбом и передним участком мягкого; дно образуется диафрагмой рта и занято языком. Слизистая оболочка, переходя на нижнюю поверхность кончика языка, образует по средней линии уздечку языка.

Нёбо, palatum, состоит из двух частей. Передние две трети его имеют костную основу, задняя треть, мягкое нёбо, является мышечным образованием с фиброзной основой. При

спокойном дыхании через нос оно свисает косо вниз и отделяет полость рта от глотки. По средней линии на нёбе заметен шов.

Язык, *lingua* (греч. *glossa*, отсюда воспаление языка – *glossitis*), представляет мышечный орган (исчерченные произвольные волокна). Изменение его формы и положения имеет значение для акта жевания и речи, а благодаря находящимся в его слизистой оболочке специфическим нервным окончаниям язык является и органом вкуса и осязания. В языке различают большую часть, или тело, обращенную кпереди верхушку, арех, и корень, посредством которого язык прикреплен к нижней челюсти и подъязычной кости. Его выпуклая верхняя поверхность обращена к нёбу и глотке и носит название спинки. Нижняя поверхность языка свободна только в передней части; задняя часть занята мышцами.

Сосочки языка, *papillae linguales*, бывают следующих видов: 1) нитевидные и конические, 2) грибовидные, 3) желобовидные, 4) листовидные.

Железы полости рта. Околоушная слюнная железа.

Поднижнечелюстная слюнная железа.

Подъязычная слюнная железа

В полость рта открываются выводные протоки трех пар больших слюнных желез: околоушной, поднижнечелюстной и подъязычной.

Околоушная железа – самая крупная из слюнных желез серозного типа. Железа имеет дольчатое строение, покрыта фасцией, которая замыкает железу в капсулу. Выводной проток железы диаметром 5–6 см длиной, отходит от переднего края железы, пройдя через жировую ткань щеки, открывается в преддверие рта маленьким отверстием против второго большого коренного зуба верхней челюсти. Ход протока крайне варьирует. Проток бывает раздвоенным. Околоушная железа по своему строению является сложной альвеолярной железой.

Поднижнечелюстная железа – смешанного характера, по строению – сложная альвеолярно-трубчатая, вторая по величине. Железа имеет дольчатое строение.

Подъязычная железа – слизистого типа, по строению – сложная альвеолярно-губчатая. Она расположена на дне полости рта и образует складку между языком и внутренней поверхностью нижней челюсти. Главный выводной проток подъязычной железы идет рядом с протоком поднижнечелюстной и открывается одним общим с ним отверстием.

Верхняя и нижняя челюсти

Верхняя челюсть – парная кость, одна из наиболее крупных костей лицевого скелета. Она состоит из тела и четырех отростков: лобного, альвеолярного, нёбного и скулового. Несмотря на значительный объем, верхняя челюсть очень легкая, так как в ее теле содержится заполненная воздухом полость – верхнечелюстная пазуха. Изнутри она выстлана тонким слоем слизистой оболочки.

Различают четыре поверхности тела верхней челюсти. Передняя поверхность несколько вогнутая, на ней ниже подглазничного края находится подглазничное отверстие, через которое выходят одноименные сосуды и нервы.

Подвисочная поверхность выпуклая. Наиболее выпуклая ее часть получила название верхнечелюстного бугра. На нижней части бугра имеется несколько (3–4) отверстий, через которые проходят соответствующие сосуды и нервы.

Глазничная поверхность гладкая, треугольной формы, слегка вогнутая, участвует в образовании нижней стенки глазницы. Носовая поверхность тела верхней челюсти состоит из тонкой костной стенки, принимающей участие в образовании латеральной стенки полости носа. Значительную часть этой поверхности занимает отверстие верхнечелюстной пазухи.

Нижняя челюсть – непарная кость подковообразной формы, единственная подвижная из костей черепа. Она имеет две симметричные половины, срастающиеся полностью к концу первого года жизни. Челюсть состоит из тела и двух ветвей. В теле челюсти различают основание и альвеолярную часть, содержащую лунки для корней зубов. На середине наружной поверхности тела челюсти находится под-

бородочный выступ, который является характерной особенностью современного человека и обуславливает образование подбородка. По обеим сторонам подбородочного выступа, ближе к основанию челюсти, находятся подбородочные отверстия, являющиеся выходными отверстиями нижнечелюстного канала. Через эти отверстия выходят одноименные сосуды и нервы к окружающим мягким тканям. В губчатом веществе тела нижней челюсти расположен нижнечелюстной канал, через который проходят нижнечелюстные сосуды и нервы.

Ветви нижней челюсти соединяются с телом под тупым углом, который называется углом нижней челюсти. Каждая ветвь наверху оканчивается двумя отростками, разделенными полулунной вырезкой. Передний отросток называется венечным, а задний – мышечковым, или суставным.

Анатомическое и гистологическое строение молочных и постоянных зубов, их функции

Зубы человека являются составной частью жевательно-речевого аппарата, который представляет собой комплекс взаимодействующих и взаимосвязанных органов, принимающих участие в жевании, дыхании, образовании голоса и речи.

В каждом зубе выделяют три части: коронку, корень и шейку. Размеры и внешнее строение коронки, а также размеры и количество корней связаны с типом зубов.

Коронка. Анатомическая коронка – это часть зуба, покрытая эмалью, она остается постоянной на протяжении всей жизни зуба.

Клиническая коронка – это часть зуба, которая видна во рту и выступает над десной. Клиническая коронка может изменяться в течение жизни зуба, т.е. когда зуб прорезывается и когда происходит рецессия окружающих тканей.

Корень. Это часть зуба, покрытая цементом. Корень имеет конусовидную форму и заканчивается верхушкой. Корни зуба располагаются в зубной альвеоле. Число корней у разных зубов неодинаково. Одни зубы имеют только

один корень, другие – два или три. Место разделения двух корней называется бифуркацией, а трех – трифуркацией.

Шейка. Это суженная часть зуба, место перехода анатомической коронки в корень, соответствующее эмалево-цементной границе.

Полость зуба. Внутри зуба имеется полость, которая подразделяется на полость коронки и канал корня зуба. На верхушке зуба канал корня открывается небольшим отверстием, через которое в полость зуба, содержащую пульпу, проходят сосуды и нервы.

Поверхности зуба. Для удобства описания особенностей рельефа, локализации патологических процессов различают пять поверхностей коронки зуба: 1 – поверхность, обращенная в преддверие полости рта, называется вестибулярной. У передних зубов ее называют также губной, а у задних – щечной; 2 – поверхность, которая обращена в собственно полость рта, называется язычной; 3, 4 – поверхности коронки, обращенные к соседним зубам своего ряда, называются контактными, или апроксимальными. Различают медиальную и дистальную апроксимальные поверхности. Медиальная поверхность обращена к центру зубного ряда, дистальная направлена в противоположную сторону, т.е. от центра; 5 – поверхность или край коронки зуба, направленный к зубам противоположного ряда, называется окклюзионной (поверхность смыкания). Эта поверхность у моляров и премоляров носит название жевательной, у клыков и резцов она узкая и именуется режущим краем.

Признаки зубов. Принадлежность зубов к той или другой челюсти определяется только после изучения особенностей их формы, а принадлежность одноименных зубов к правой или левой стороне – по трем основным признакам, общим для всех зубов: 1 – признак угла коронки; 2 – признак кривизны коронки; 3 – признак корня.

Признак угла коронки выражается в том, что угол между окклюзионной и медиальной поверхностями более острый по сравнению с углом между окклюзионной и дистальной поверхностями коронки.

Признак кривизны коронки определяется при рассмотрении зуба со стороны окклюзионной поверхности. При этом

медиальная часть коронки на вестибулярной стороне более выпуклая, чем дистальная.

Признак корня состоит в том, что корень зуба слегка отклоняется в дистальную сторону от перпендикуляра, проведенного к середине окклюзионного края коронки.

Антагонисты. Соприкасающиеся один с другим зубы верхней и нижней челюстей называются антагонистами. Как правило, каждый зуб имеет по два антагониста. Исключение составляют медиальный нижний резец и третий верхний моляр.

Каждый зуб верхней челюсти соприкасается также с зубом, расположенным латерально от одноименного зуба. Одноименные соприкасающиеся зубы называются главными антагонистами, а частично соприкасающиеся разноименные – побочными антагонистами.

Резцы верхнего зубного ряда при смыкании зубов, как правило, выступают над нижними резцами, частично их перекрывая.

Зубные дуги. Генетически детерминированная последовательность расположения каждого зуба и групп зубов называется зубным рядом. Зубной ряд, располагаясь соответственно кривизне челюстей, называется зубной дугой. Различают верхнюю и нижнюю зубные дуги. Каждый зубной ряд (зубная дуга) содержит 10 молочных или 16 постоянных зубов.

Гистологическое строение зуба

Эмаль – ткань, покрывающая коронку зуба. Является самой твердой в организме. Состав: неорганические вещества – 95%, органические – 1,2%, вода – 3,8%. Основной структурный компонент – эмалевые призмы диаметром 4–6 мкм, образуют S-образные изгибы, есть межпризменное вещество.

Дентин (*dentinum*). Составляет основную массу зуба, менее обызвествлен, чем эмаль. Состав: 70–72% неорганического вещества, 28–30% органического вещества и вода. Основу неорганического вещества составляют фосфат кальция (гидроксиапатит), карбонат кальция, фторид кальция, имеются также макро- и микроэлементы.

Органическое вещество дентина состоит из белков, жиров и полисахаридов. Основное вещество дентина пронизано

но множеством дентинных трубочек, в количестве от 30 000 до 75 000 на 1 мм² дентина. В дентинных трубочках циркулирует дентинная жидкость.

Цемент (*cementum*) – прослойка ткани, покрывающая корень зуба. Состав: 68% неорганических и 32% органических веществ. По химическому составу и структуре цемент напоминает грубоволокнистую кость. Основное вещество цемента, пропитанное солями кальция, пронизано коллагеновыми волокнами, которые соединяются с такими же волокнами костной ткани альвеолы.

Типы зубов

В зависимости от формы и функции зубы постоянного прикуса разделены на 4 типа: резцы, клыки, премоляры и моляры. Постоянных зубов 32, по 16 в верхнем и нижнем зубных рядах. В каждой половине зубного ряда на верхней и нижней челюстях симметрично расположены 2 резца, 1 клык, 2 премоляра и 3 моляра.

Резцы. Характерными особенностями строения резцов являются одиночный корень и уплощенная в вестибулолингвальном направлении коронка, заканчивающаяся на окклюзионной поверхности режущим краем. Вестибулярная поверхность коронки выпуклая, лингвальная – вогнутая, с одним или несколькими бугорками в пришеечной области. Наиболее широкая коронка – у верхних центральных резцов, самая узкая – у нижних центральных. Эмалево-цементная граница на вестибулярной и язычной поверхностях обращена выпуклостью в сторону корня, на апроксимальных – в сторону режущего края. Резцы расположены во фронтальном отделе рта и предназначены для откусывания пищи без применения сильного давления.

Клыки. Клыками называются четыре зуба (по два в каждом зубном ряду), расположенные по углам зубной дуги. Основной функцией клыков человека является отрыв плотных, твердых частей пищи от куска, когда требуется применение силы.

Коронка клыка более мощная, чем у резцов, с одним хорошо развитым бугром по режущему краю. Единственный корень клыка – самый длинный в зубном ряду. Благодаря своей мощной коронке, длинному корню и расположе-

нию в зубной дуге клыки считаются самыми стабильными во рту.

Премоляры (малые коренные зубы). Располагаются позади клыков и несколько похожи на них, имеют по два бугра и предназначены для захватывания и разрывания пищи. Они также имеют более широкую поверхность для растирания пищи. Для них характерны призматическая, сдавленная медиодистально коронка и одиночный корень (за исключением первого верхнего премоляра, у которого два корня). В молочном прикусе премоляров нет.

Моляры (большие коренные зубы). Располагаются позади премоляров по три в каждой половине зубных дуг. Они обозначаются как первый, второй и третий моляры. Третий моляр имеет еще одно название – зуб мудрости. Иногда он может отсутствовать. Моляры служат для размельчения, растирания пищи, что требует приложения большой силы. Коронка у них крупная, с большой жевательной поверхностью, имеющей от трех до пяти бугорков, корней у верхних моляров – три, у нижних – два. У верхних моляров щечные бугорки выступают больше и более заострены, чем язычные, которые выступают немного меньше и заметно округлены. У нижних моляров, наоборот, щечные бугорки низкие и тупые, а язычные больше выступают и заострены. Величина моляров постепенно убывает от первого к третьему, жевательные поверхности коронки и длина корней уменьшаются.

Молочные зубы. Молочных зубов 20. Они представлены 8 резцами, 4 клыками и 8 молярами. Молочные зубы по сравнению с постоянными гораздо меньше по размерам, их коронки имеют хорошо выраженный эмалевый валик в шеечной трети, окклюзионные щели неглубокие, ямки отсутствуют, эмаль более мягкая, с бледно-голубоватым оттенком, эмалево-цементная граница четкая, полость зубов относительно большая, а ее стенки тоньше, корни более короткие, тонкие, заостренные, корневые каналы относительно широкие. К моменту выпадения молочных зубов их корни почти целиком рассасываются.

Зубная формула – это графическое отображение расположения зубов в челюстях. Одной из самых старых являет-

ся «угловая система», впервые описанная в 1861 г. Формула записывается в четырех квадрантах, разграниченных горизонтальной и вертикальной линиями. Общепринято в формуле отражать положение зубов у человека, обращенного лицом к исследователю.

Полная зубная формула отражает положение каждого зуба в правой и левой половинах зубных рядов. В такой формуле каждый зуб обозначается порядковым номером, соответствующим его позиции в зубном ряду при отсчете от середины. При этом постоянные зубы обозначаются арабскими цифрами от 1 до 8, а молочные – римскими от I до V. Полная формула постоянных зубов имеет следующее выражение:

87654321	12345678
87654321	12345678

В настоящее время во многих странах находит применение зубная формула, предложенная в 1971 г. Международной федерацией стоматологов (FDI). Ее сущность состоит в обозначении каждого зуба двузначным числом, в котором первая цифра обозначает квадрант ряда, а вторая – позицию, занимаемую в нем зубом.

Квадранты челюстей обозначаются цифрами от 1 до 4 для постоянных зубов и от 5 до 8 – для молочных.

Позицию как постоянных, так и молочных зубов в этой формуле принято обозначать арабскими цифрами. Полная формула постоянных зубов в данном варианте записи имеет следующее выражение:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Например, левый верхний пятый зуб записывается как 25, а правый нижний шестой зуб – как 46 (читается соответственно: два – пять и четыре – шесть).

Сроки прорезывания зубов достаточно вариабельны, можно определить средние величины. Временные зубы прорезываются в следующие средние сроки: центральные резцы – в 6–8 месяцев, боковые резцы – в 8–12 месяцев, первые моляры – в 12–16 месяцев, клыки – в 16–20 месяцев, вторые моляры – в 20–30 месяцев. К 2,5–3 годам прорезы-

ваются все временные зубы. Их минерализация завершается к 3,5–4 годам.

Средние сроки прорезывания постоянных зубов следующие: первые моляры – 6–7 лет, первые резцы – 7–8 лет, вторые резцы – 8–9 лет, первые премоляры – 9–11 лет, клыки – 10–12 лет, вторые премоляры – 11–13 лет, вторые моляры – 12–13 лет.

Пародонт и периодонт

Пародонт объединяет комплекс тканей, имеющих генетическую и функциональную общность: десна с надкостницей, периодонт, кость альвеолы и ткани зуба.

Десна делится на свободную, альвеолярную и маргинальную.

Свободная (межзубная) десна расположена между соседними зубами.

Прикрепленная (альвеолярная) десна покрывает альвеолярный отросток.

Маргинальная десна прилежит к шейке зуба, в нее вплетаются волокна циркулярной связи, которая вместе с другими волокнами образует защитную мембрану для тканей периодонта.

Главная функция десны – защитная. Десна предупреждает повреждение и инфицирование глубже лежащих тканей.

Кровоснабжение тканей пародонта осуществляется из бассейна наружной сонной артерии.

Иннервация тканей пародонта осуществляется за счет ветвей зубных сплетений второй и третьей ветвей тройничного нерва.

Функции пародонта: барьерная; трофическая; регулирующая рефлекторно-жевательное движение; амортизирующая.

Периодонт – сочетание нескольких окружающих и поддерживающих зуб тканей, связанных в своем развитии, топографии и функции.

Периодонт включает десну, цемент, периодонтальную связку и собственно альвеолярную кость. Условно его можно разделить на две большие группы: аппарат прикрепления и десну.

Аппарат прикрепления состоит из цемента, альвеолярного отростка и периодонтальных связок.

Альвеолярный отросток – часть нижней или верхней челюсти, отходящая от их тел и окружающая корни прорезавшихся зубов. Резкой границы между телом челюсти и ее альвеолярным отростком не существует. Он развивается вместе с ростом челюсти и прорезыванием зубов, а после утраты зубов почти полностью рассасывается.

Альвеолярный гребень – венечный край альвеолярного отростка, заканчивающийся вблизи контуров эмалево-цементного соединения и параллельно им.

Периодонтальная связка – плотная соединительная ткань, окружающая корни зубов. Расположена между цементом корня и альвеолярной костью.

Межзубный гребень – участок десны гребневидной формы между межзубными сосочками, обращенный верхушкой к контактной области примыкающих зубов.

Функции тканей периодонта. Периодонт в основном выполняет механическую (опорную) функцию, укрепляя зуб в альвеоле и позволяя ему переносить давление, оказываемое в процессе жевания.

Питание периодонта осуществляется по хорошо развитой сосудистой сети. Большинство артерий проникает в периодонт через отверстия в стенках альвеолы. В периапикальной зоне основную роль в кровоснабжении играют ветви, отходящие от артерий зубов. Маргинальную зону снабжают кровью еще и сосуды десны.

Пластическую функцию периодонта выполняют цементобласты, остеобласты, фибробласты. За счет этих клеток происходит восстановление и перестройка связок, формирование цемента и стенок альвеолы.

Кровоснабжение и иннервация челюстно-лицевой области

Голова и шея снабжаются кровью в основном за счет общих сонных артерий. Общая сонная артерия сама, как правило, ветвей к отдельным органам не дает, но обычно в области сонного треугольника делится на две конечные ветви: внутреннюю и наружную сонные артерии.

Наружная сонная артерия является основной и почти единственной артерией, участвующей в кровоснабжении органов полости рта. Она в свою очередь делится на две ветви: верхнечелюстную и поверхностную височную. От передней поверхности наружной сонной артерии также отходят язычная, лицевая и верхняя щитовидная артерии.

Кровоснабжение зубов осуществляется ветвями верхнечелюстной артерии. К зубам верхней челюсти подходят передние и задние верхние альвеолярные артерии, от которых отходят более мелкие ветви к зубам, десне и стенкам лунок.

К зубам нижней челюсти от верхнечелюстной артерии ответвляется нижняя альвеолярная артерия, идущая в нижнечелюстном канале, где она отдает зубные и межальвеолярные ветви. Зубные артерии входят в корневые каналы через верхушечные отверстия и ветвятся в пульпе зуба.

Органы полости рта получают двигательные, чувствительные, вкусовые и секреторные нервные волокна. Из 12 пар черепных нервов в иннервации органов полости рта и глотки участвуют тройничный, лицевой, языкоглоточный, блуждающий и подъязычный нервы. Все пять нервов, иннервирующих стенки и органы полости рта, имеют ядра в стволе головного мозга. Эти ядра делятся на двигательные, чувствительные и вегетативные.

Тройничный нерв по составу смешанный: содержит чувствительные и двигательные волокна. Он иннервирует жевательные мышцы, кожу лица и передней части мозгового отдела головы, а также слизистую оболочку и железы ротовой полости. Имеет три главные ветви – глазничный, верхнечелюстной и нижнечелюстной нервы.

Двигательные волокна лицевого нерва (промежуточно-лицевого) иннервируют в основном мимическую мускулатуру и частично мышцы дна полости рта. Промежуточный нерв выходит из мозга самостоятельным стволом, содержит вегетативные и вкусовые волокна, присоединяется к лицевому нерву внутри пирамиды височной кости.

Языкоглоточный нерв иннервирует слизистую оболочку задней трети языка, небных дужек, глотку и околоуш-

ную железу. В нем проходят также вкусовые волокна от задней трети языка.

Блуждающий нерв принимает участие в иннервации мышц мягкого нёба. Он образует соединительные ветви с языкоглоточным и лицевым нервом. Подъязычный нерв иннервирует только мышцы языка, как собственные, так и вплетающиеся в него скелетные мышцы.

Зубы иннервируются ветвями тройничного нерва и ветвями, отходящими от вегетативных узлов. Зубы верхней челюсти иннервируются верхними альвеолярными нервами. Зубы нижней челюсти иннервируются нижним альвеолярным нервом, ветви которого образуют нижнее зубное сплетение. Зубные нервы вместе с сосудами проходят через верхушечное отверстие в полость зуба, разветвляясь в тканях пульпы.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Каково строение зуба?
2. Какие части зуба вы знаете?
3. Какие отростки имеются у нижней челюсти?
4. Какие поверхности тела верхней челюсти вы знаете?
5. Опишите строение костей нижней челюсти.
6. Как кровоснабжаются челюстно-лицевая область и полость рта?
7. Назовите группы зубов в молочном прикусе.
8. Как записываются зубные формулы?
9. Строение и функции пародонта.
10. Сколько зубов в постоянном прикусе?

Глава II

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Структура и задачи стоматологической поликлиники

В составе стоматологической поликлиники предусмотрены следующие отделения и кабинеты: отделение терапевтической стоматологии с кабинетом по лечению заболе-

ваний периодонта и слизистой оболочки полости рта, отделение (кабинет) хирургической стоматологии с операционным блоком, ортопедическое отделение с зубопротезной лабораторией и литейной, отделение профилактики стоматологических заболеваний; физиотерапевтический, рентгенологический и анестезиологический кабинеты.

Основными задачами стоматологической поликлиники являются:

1) проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди населения в организованных коллективах;

2) организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний челюстно-лицевой области;

3) оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи.

На выполнение этих задач направлены:

– плановые профилактические осмотры в организованных коллективах с одновременным лечением выявленных больных;

– полная санация полости рта у допризывных и призывных контингентов;

– оказание экстренной помощи больным с острыми заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области;

– диспансерное наблюдение за определенным контингентом больных стоматологического профиля;

– оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи со своевременной госпитализацией лиц, нуждающихся в стационарном лечении;

– экспертиза временной нетрудоспособности больных, выдача больничных листов и рекомендаций по трудоустройству, ВТЭК;

– весь комплекс реабилитационного лечения больных с патологией зубочелюстной области, и прежде всего зубное протезирование и ортопедическое лечение;

– анализ заболеваемости стоматологическими болезнями, в том числе заболеваний с временной утратой нетрудоспособности рабочих и служащих, работающих на промышленных предприятиях, расположенных на территории об-

служиваемого района, а также разработка мероприятий по снижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и осложнений;

- внедрение современных методов диагностики и лечения, новой медицинской техники и аппаратуры, лекарственных средств;

- санитарно-просветительская работа среди населения с привлечением общественности и средств массовой информации (печать, телевидение, радиовещание и т.д.);

- мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медперсонала.

Неотложная стоматологическая помощь оказывается при следующих заболеваниях: острые пульпиты и апикальные периодонтиты; невралгия тройничного нерва; острые воспалительные заболевания лица, челюстей, полости рта; повреждение мягких тканей и костей челюстно-лицевой области; термические и химические повреждения лица и полости рта; острые заболевания слизистой оболочки полости рта.

Скорая помощь оказывается при угрожающих и опасных для жизни состояниях: асфиксии, кровотечении, шоке, коллапсе, обмороке, аллергических состояниях.

Оснащение кабинетов и отделений

Оснащение кабинетов и отделений осуществляется согласно санитарно-гигиеническим требованиям к размещению, устройству, оборудованию, эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля. Кабинеты должны быть обеспечены необходимым минимумом основных стоматологических материалов, лекарственных препаратов, инструментов на каждую врачебную должность.

Высота помещения стоматологического кабинета должна быть не менее 3,3 м. Кресла размещают в один ряд вблизи окон. Пол покрывают линолеумом, переходящим на поверхность стены на 5 см. Потолки и стены окрашивают вододисперсионными или масляными красками мягких тонов. Преимущество вододисперсионных составов в том, что они не отражают, а рассеивают свет.

Кабинет необходимо обеспечить приточно-вытяжной вентиляцией, а по возможности и кондиционером для поддержания оптимального температурного режима. Во все стоматологические кабинеты и производственные помещения должны быть подведены водопровод, канализация. Раковины для мытья рук персонала должны устанавливаться отдельно от раковин, предназначенных для производственных целей.

Работа врача-стоматолога требует постоянного и значительного напряжения зрения на всех этапах обследования больного, при подборе инструментария, во время лечения и заполнения медицинской документации. Вследствие этого во всех кабинетах и основных производственных помещениях обязательно должны быть две системы искусственного освещения – общее и местное. Местное освещение применяется в виде операционной лампы (рефлектора) для каждого рабочего места врача. В кабинете, где проводится лечение больных, не должно быть ничего лишнего, оборудование и мебель следует расставлять наиболее рационально.

В оснащение рабочего места врача-стоматолога, ведущего терапевтический прием, входят:

1) стоматологическая установка и кресло стоматологической анатомической формы с синхронным перемещением сиденья и спинки для укладки пациента без «эффекта вытягивания». Идеальная укладка головы пациента осуществляется благодаря наличию подголовника анатомической конфигурации с полной свободой перемещения для проведения лечения на верхней и нижней челюстях. Большая свобода для размещения ног врача и ассистента обеспечивается за счет смещения верхней части кресла по отношению к основанию. Правильный изгиб нижней части кресла позволяет удобно укладывать даже пожилых пациентов;

2) вспомогательный столик и держатель инструментов, объединенные в одну группу. Они могут быть установлены в нужное положение одной рукой в любой врачебной ситуации. Все инструменты можно брать из любого положения. Держатель инструментов для врача оснащен двумя микромоторами (электрическими или воздушными), турбиной, бифункциональным пистолетом, приставкой для снятия зубных отложений, электрокоагулятором, электроодонтометром.

Держатель инструментов для ассистента оснащен слюноотсосом, пылесосом, лампой для полимеризации, трехфункциональным пистолетом;

3) операционная лампа с регулируемой яркостью, которая не нагревается и не ослепляет; фарфоровая плевательница с автоматическим включением ополаскивания и наполнением стакана водой; экран для просмотра рентгеновских снимков; автономное устройство для дистиллированной воды.

Кроме того, имеются рабочие стулья для врача и ассистента с регулируемой высотой, легко передвигающиеся на роликах.

Стоматологическая установка должна быть установлена таким образом, чтобы обеспечить эргономическую работу в четыре руки. Положение пациента лежачее, рабочее место врача находится справа от пациента, ассистента – слева.

Во вспомогательной зоне кабинета размещают канцелярский стол для ведения документации, стулья, раковины для мытья рук и инструментария, стол с набором стерильных инструментов, шкафы для хранения лекарственных веществ, инструментов, пломбировочных материалов и др. Кроме того, стоматологическое оснащение должно соответствовать требованиям технической эстетики, правилам техники безопасности (для врача и пациента), гигиене труда врача-стоматолога и всего медицинского персонала.

Стоматологические инструменты

Стоматологический (зубоврачебный) инструментарий – специальные инструменты, предназначенные для клинического обследования пациента и лечения органов полости рта и зубов.

Имеется значительный арсенал стоматологических инструментов: инструменты для обследования больного, препарирования и пломбирования кариозных полостей, эндодонтического лечения, снятия зубных отложений, ортопедического лечения, удаления зубов и проведения других хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области и т.д. Также инструменты делятся на *ручные* и *вращающиеся*.

Ручные инструменты:

Стоматологическое зеркало состоит из округлой зеркальной поверхности (диаметром 2 см) в металлической оправе и стержня, навинчивающегося на ручку. Зеркала бывают 2 видов: вогнутое, увеличивающее изображение рассматриваемого объекта, и плоское, которое дает истинное изображение. С помощью зеркала дополнительно освещают место работы и осматривают недоступные прямому зрению участки слизистой оболочки или зуба, фиксируют губы, щеки, язык, а также защищают их от травмы во время работы острыми или вращающимися инструментами.

Стоматологический зонд – инструмент, рабочая часть которого может быть штыковидной (прямой зонд) или изогнута под углом (угловой зонд). Для зондирования фуркаций корней зубов используют серповидный зонд. С помощью остроконечного зонда выявляют кариозные полости, определяют состояние фиссур, их глубину, болезненность, характер размягчения зубных тканей, наличие сообщения кариозной полости с полостью зуба, уточняют топографию устьев корневых каналов.

Пуговчатый зонд с линейными делениями используют для измерения глубины пародонтальных карманов, степени обнажения корня и уровня рецессии десны и др.

Стоматологический пинцет используется для внесения в полость рта ватных тампонов с целью изоляции зуба от слюны, при медикаментозной обработке полости рта, кариозной полости, полости зуба; определения степени подвижности зуба и при других вспомогательных манипуляциях. Пинцетом удерживают и переносят мелкие инструменты.

Для лечения используют также гладилки, *штопферы*, *экскаваторы*, *шпатели* и другие инструменты и принадлежности.

Гладилка. Рабочая часть гладилки представлена короткими плоскими лопаточками, расположенными в различных плоскостях по отношению к ручке. Они выпускаются разных размеров, одно- и двусторонние, а также комбинированные со штопфером. При помощи гладилки в обработанные кариозные полости вносят прокладки, пломбирочный материал, формируют пломбу.

Штопферы используются для уплотнения пломбировочного материала в полости.

Экскаватором удаляют из кариозной полости остатки пищи, размягченный дентин, временные пломбы.

Шпатели бывают металлические и пластмассовые. Ими замешивают и приготавливают пломбировочные материалы, прокладки, пасты для пломбирования каналов. Стекло или пластинки из других материалов используют для замешивания на них пломбировочных материалов.

Для удаления зубных отложений и лечения заболеваний периодонта применяют специальные наборы **крючков**. Надо следить за тем, чтобы рабочая часть этих инструментов всегда была достаточно острой.

Все ручные инструменты следует держать преимущественно как пишущее перо, уделяя особое внимание фиксации руки: свободные пальцы руки, держащей инструмент, опираются на зубы, смежные с обследуемым зубом, или на антагонисты. Общий принцип, который должен быть соблюден, – это полная устойчивость инструмента в руках врача.

При эндодонтическом лечении используется мелкий инструментарий.

К нему относятся *корневые иглы, пульпэкстракторы, дрельборы, буравы, файлы, каналонаполнители и др.*

Вращающиеся инструменты:

К вращающимся инструментам относятся стоматологические *наконечники, боры и шлифующие приспособления*. Они используются:

- 1) для препарирования кариозной полости;
- 2) для препарирования зубов под искусственные коронки;
- 3) для формирования и удаления пломб;
- 4) для шлифования и полирования пломб и зубов.

Стоматологические наконечники служат для закрепления режущих и эндодонтических инструментов и передачи им вращения от бормашины. Бывают низкоскоростные, прямые и угловые наконечники со скоростью вращения до 30 000 об/мин и высокоскоростные – до 450 000 об/мин, или турбинные.

Стоматологические боры – это вращающиеся особо прочные инструменты для препарирования твердых тка-

ней зуба. Имеются боры для прямого, углового и турбинного наконечников. По форме они делятся на шаровидные, цилиндрические, конусовидные, обратно-конусовидные и др. В зависимости от вида материала, из которого изготовлена их рабочая часть, различают стальные, твердосплавные и алмазные боры, два последних вида применяются более широко.

Для шлифования и полирования пломб используются диски, камни, резиновые головки с различной степенью абразивности – от грубой до очень тонкой.

Инструменты для амбулаторных хирургических вмешательств:

Для проведения хирургических амбулаторных вмешательств в полости рта существует специальный набор инструментов, состоящий из щипцов и элеваторов для удаления зубов, а также обычного хирургического инструментария.

Выпускают следующие щипцы для удаления зубов верхней челюсти.

1) прямые – для удаления резцов и клыков;

2) с S-образно изогнутыми ручками – для удаления премоляров;

3) с S-образно изогнутыми ручками – для удаления моляров (различные для правых и левых: при наложении щипцов на зуб шип на их щечке должен входить между корнями моляров);

4) штыковидные – для удаления корней зубов. Щипцы получили свое название по форме рабочей части.

Для удаления зубов нижней челюсти используют различные *клювовидные щипцы*:

1) с округлыми несходящимися щечками – для удаления резцов, клыков и премоляров;

2) с широкими щечками, оканчивающимися шипами, – для удаления моляров;

3) со сходящимися щечками различной ширины – для удаления корней зубов.

Все щипцы состоят из трех частей: щечек, замка и ручек.

Для удаления корней зубов применяют также *элеваторы (прямые и боковые)*.

Кроме перечисленных инструментов, используют распортеры, острые ложечки, костные кусачки, долото и молоток, скальпели, ножницы (прямые и изогнутые), иглодержатели с набором игл, пинцеты (анатомические и хирургические), шприцы, корнцанги для взятия инструментов из стерилизатора и раскладки их на стерильном столе и в лотки.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какова структура городской стоматологической поликлиники?
2. Основные задачи стоматологической поликлиники.
3. Оснащение кабинетов стоматологической поликлиники.
4. Что входит в стоматологическую установку?
5. Что относится к ручным стоматологическим инструментам?
6. Назовите вращающиеся стоматологические инструменты.
7. Для чего предназначен стоматологический наконечник?
8. Что исследуют с помощью стоматологического зонда?
9. Назовите эндодонтические инструменты.
10. Для чего предназначены щипцы и элеваторы?

Глава III

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В СТОМАТОЛОГИИ

Профессия стоматолога относится к группе повышенного риска заболевания инфекционными болезнями. При хирургических стоматологических манипуляциях возможна передача инфекции от пациента к пациенту, стоматологу и наоборот.

Полость рта является входными воротами и источником инфекции. У здорового человека полость рта обильно заселена микроорганизмами вирусной, бактериальной и грибковой природы. Таким образом, пациенты, посетившие медицинские учреждения, а также персонал, работающий в них, подвергаются опасности инфицирования.

Кровь и слюна во время инкубационного периода многих болезней становятся инфицированными. Некоторые пациенты (например, больные туберкулезом, сифилисом) часто скрывают свою болезнь. Так как многие инфекционные заболевания в настоящее время протекают без явных

Требования к санитарному содержанию помещений

Влажную уборку помещений проводят не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих средств (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и / или протирания. Мытье оконных стекол должно проводиться не реже раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 3 месяца снаружи (весной, летом и осенью).

Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного действия (вирулицидные, бактерицидные, фунгицидные).

Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. В остальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц. Изделия медицинской техники медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения).

Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее – раствор) с заполнением каналов и полостей.

Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского на-

значения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и т.п.), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из предназначенных для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы–производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на указанное время, после выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.

Стерилизации подвергают все инструменты изделия, контактирующие с раневой поверхностью:

- стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;

- ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;

- хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы ин-

струментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;

– лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты.

Стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими методами (паровой, воздушный, инфракрасный, применение среды нагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химических средств, газовый). Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств допускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

При паровом, воздушном и газовом методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно к конкретному методу стерилизации в установленном порядке.

Запрещается перенос из кабинета в кабинет неупакованных простерилизованных стоматологических инструментов.

Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 ч. Неиспользованные в течение этого срока

материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале.

Профилактика при оказании помощи ВИЧ-инфицированным больным

По степени опасности ВИЧ-инфицирования врачи-стоматологи находятся на втором месте среди врачей других специальностей.

Излечивая инфицированных пациентов, стоматолог должен одевать хирургический халат и шапочку.

Кроме этого, при приеме пациентов группы риска необходимо:

- одевать резиновые перчатки;
- иметь защитные очки или пластиковые щитки;
- закрывать нос и рот марлевой повязкой.

В стоматологических поликлиниках необходимо обследование персонала на носительство опасных и вирусных инфекций. Персонал должен ежегодно проходить диспансеризацию с исследованием крови на наличие вирусов гепатита А, В, С, D, ВИЧ-инфекции, подвергаться дважды в год вакцинации против гепатита В, дифтерии.

Учитывая рост числа пациентов, инфицированных ВИЧ-инфекцией и больных СПИДом, при оперировании ургентных пациентов надо принимать повышенные меры предосторожности и работать в двойных перчатках и очках, пользоваться только одноразовыми инструментами.

Стерилизация инструмента при угрозе ВИЧ-инфекции

Вирус погибает при температуре 46 °С в течение 30 мин.

Дезинфектанты (ВОЗ, 1986): спирт этиловый 70°–10 мин, 50°– 12 мин; спирт пропиловый 75°–1 мин, этиловый с ацетоном 1:1– 10 мин; хлоргексидин 4%–5 мин, 3%–10 мин; гипохлорид натрия 0,5%–1 мин, 0,1%–10 мин; перекись

водорода 3%–1 мин, 0,3%–10 мин; формальдегид 0,2%–5 мин, 2%–1 мин; фенол 5%–1 мин; лизол 0,5%–10 мин; параформальдегид 0,6%–25 мин; поливинилпиралидон 10%–1 мин; хлорамин 2%, формальдегид 40% 1:1–10 ч для зеркал.

Противоинфекционная защита врача и его ассистента во время приема больных во многом определяется правильным использованием одноразовой и многоразовой спецодежды, шапочек, перчаток, защитных очков, средств гигиенического ухода за руками (кремы, лосьоны, жидкое мыло и т.д.), обладающих бактерицидным, фунгицидным и антивирусным действием.

Кроме того, выпускаются стоматологические нагрудники размером 33 x 46 см двух видов (2 слоя ткани и 3 слоя ткани с полиэтиленовым покрытием), салфетки из мягкого и тяжелого искусственного шелка/полиэфира с максимальной абсорбцией, виниловые и латексные перчатки четырех размеров, защитные очки с незапотевающими линзами в разных вариантах оправы.

Для защиты одежды пациента при проведении стоматологических манипуляций используются накидки разных размеров из различных материалов.

При проведении клинического приема большое внимание уделяется обеззараживанию оттисков и полуфабрикатов протезов. Оттиски, извлеченные из полости рта пациентов, ополаскиваются струей проточной воды в течение 1 мин. Затем они погружаются в дезинфицирующий раствор в зависимости от вида обеззараживающего средства и оттискового материала.

Недопустимо также использование новых инструментов без предварительной дезинфекции и стерилизации.

Предстерилизационная обработка инструментов, проводимая медицинской сестрой или помощником врача, предполагает механическое (чаще всего ручное) удаление с их поверхности остатков тех или иных клинических материалов.

Гигиеническая дезинфекция рук необходима в следующих случаях: до и после контакта с пациентом, который должен подвергнуться оперативному вмешательству, после контакта с кровью, слюной. Такая дезинфекция проводится

до надевания стерильных перчаток. С этой целью используют протирание кожи спиртосодержащим антисептиком или мытье антисептическим мылом.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Что такое асептика и антисептика?
2. Виды стерилизации в стоматологии.
3. В чем заключается предстерилизационная обработка стоматологического инструментария?
4. Стерилизация инструмента при угрозе ВИЧ-инфекции.
5. Подготовка стерильного стола.
6. Дезинфекция использованного инструментария.
7. Что вы понимаете под «дезинфекцией» и «стерилизацией»?
8. Гигиена рук стоматолога.
9. Виды стерилизации.
10. В чем заключается профилактика СПИДа?

Глава IV

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Основные методы обследования

Опрос – один из важных этапов обследования пациента. Он включает сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, профессионального анамнеза и аллергологического. Выяснение анамнеза заболевания начинают с выявления жалоб больного. Пациенту нужно задавать наводящие вопросы и требовать на них точные, лаконичные ответы, но вместе с тем нельзя перебивать больного, следует вести опрос в нужном направлении.

При опросе нужно соблюдать принципы деонтологии, не высказывать свои соображения вслух, так как они могут быть превратно поняты больным и вызвать у него ятрогению и канцерофобию, особенно при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.

После расспроса приступают к осмотру челюстно-лицевой области.

Осмотр – один из основных методов диагностики стоматологических заболеваний. Различают внешний осмотр и осмотр полости рта и зубов. При *внешнем осмотре* обра-

щают внимание на общий вид больного, его активность. Осмотр лица и прилегающих к нему областей проводят для определения его формы, общего состояния больного, цвета кожи, состояния склер, особенностей артикуляции. Уделяют внимание состоянию лимфатических узлов, их размеру, консистенции, болезненности, подвижности. При ряде стоматологических заболеваний, сопровождающихся изменениями на коже, необходимо осматривать все кожные покровы.

Осмотр полости рта начинают при сомкнутых челюстях и зубах. Контуры губ, изменения на красной кайме могут свидетельствовать о наличии патологических процессов не только в полости рта, но и во внутренних органах. Должны быть обследованы также уголки губ, где могут локализоваться трещины, участки ороговения. Затем осматривают вестибулярную часть полости рта. Собственно полость рта осматривают с помощью шпателя и ротового зеркала (или двух зеркал) в такой последовательности: десны, щеки, твердое и мягкое нёбо, ретромолярные участки, зев, язык, дно полости рта.

При осмотре слизистой оболочки обращают внимание на ее цвет. Здоровая слизистая имеет окраску от нежно-розовой на десне до более красной на переходных складках и в области дужек. Обнаруженные изменения цвета слизистой, ее рельефа, участки гиперкератоза и другие элементы поражения тщательно осматриваются.

После осмотра слизистой оболочки полости рта уточняют вид прикуса, состояние окклюзии (поворот или смещение зубов, скученность, наличие межзубных промежутков и др.).

Осмотр зубов проводят с помощью стоматологического зеркала и зонда. Осмотру подлежат все зубы верхней и нижней челюстей. Чтобы не пропустить то или иное поражение, зубы осматривают в определенной последовательности. Сначала обследуют зубы верхней челюсти справа налево, начиная с правых верхних моляров, затем зубы нижней челюсти, начиная с левых нижних моляров. Детально осматривают все поверхности каждого зуба, что позволяет выявить кариес, патологию твердых тканей некариозного происхождения (стирание, истирание, изменение цвета эмали, нали-

чие зубных отложений) и т.д. Особенно тщательно исследуют фиссуры жевательной поверхности и естественные ямки других поверхностей, пришеечную область зуба, контактные поверхности.

Зондирование проводят с помощью зонда. Оно позволяет выявить дефекты и изменения на поверхности эмали, плотность дна и стенок кариозной полости, болевую чувствительность участков поражения, глубину кариозной полости.

Перкуссия при диагностике кариеса имеет второстепенное значение и используется лишь для исключения его осложнений. Проводят легкое постукивание по режущей или окклюзионной поверхности зуба обратным концом (ручкой) зонда в вертикальном (параллельно длинной оси зуба) или горизонтальном направлении. При нормальном состоянии периодонта это не вызывает болезненных или неприятных ощущений у пациента. Наличие болезненности при перкуссии свидетельствует о вовлечении в патологический процесс верхушечного либо краевого периодонта.

Пальпация. С помощью пальпации определяют консистенцию, подвижность тканей и органов, их болевую реакцию, флюктуацию, размеры и границы очага.

Различают пальпацию поверхностную, глубокую, вне- и внутриротовую. Ощупывание проводят всеми пальцами обеих рук. Пальпацию нужно делать нежно, не причиняя боли и не вызывая дополнительных повреждений. Начинать ее следует с противоположной патологическому процессу стороны, постепенно approaching к больному очагу. При этом легче ощутить изменения. Вначале выполняют поверхностную пальпацию, затем более глубокую. Глубокое ощупывание позволяет установить размеры, консистенцию и состояние лимфатических узлов, слюнных желез и их протоков. При подозрении на бластоматозный рост или заболевания кровеносных органов необходимо выявить состояние периферических лимфатических узлов. В случае подозрения на деструктивные процессы в области апикального периодонта пальпацию проводят сильным надавливанием на слизистую в проекции верхушки корня кончиком указательного пальца.

Дополнительные методы обследования

Термометрия – это определение реакции тканей на действие термических раздражителей (тепло, холод). Интактный зуб со здоровой пульпой болезненно реагирует на температуру ниже 5–10 °С и выше 55–60 °С. При кариесе зуб реагирует на температуру ниже 18–20 °С и выше 45 °С. Для определения реакции на холод используют орошение холодной водой, лед, сухой лед, хлорэтил, при этом раздражитель не должен попадать на соседние зубы. Зубы с некротизированной пульпой не реагируют на холод. При пульпитах возможно или облегчение болей (гнойный пульпит), или провоцирование дополнительного болевого приступа. Для этого исследования может быть использован и холодный сжатый воздух.

Проводят *тест на горячее*. Небольшой кусочек разогретой гуттаперчи наносят на вестибулярную поверхность зуба. Другой метод – разогревают кончик инструмента и прикасаются к поверхности зуба (в настоящее время не используется из-за опасности повреждения пульпы).

Электроодонтометрия – определение порога чувствительности пульпы к электрическому току. Она основана на раздражении пульпы зуба электрическим током и улавливании минимальной силы тока, которая вызывает первое (слабое) болевое ощущение. Здоровая пульпа зуба реагирует на ток силой 2–6 мкА. Снижение возбудимости до 20–40 мкА свидетельствует о воспалении коронковой пульпы, реакция зуба на ток силой 60 мкА – о вовлечении в патологический процесс и корневой пульпы. Реакция на ток силой 100 мкА и выше подтверждает наличие некроза пульпы.

Рентгенография – рентгенологическое исследование зубов и челюстей – имеет важное диагностическое значение. При диагностике кариеса к рентгенографии прибегают в случае подозрения на образование кариозной полости на контактной поверхности зубов при их тесном расположении, когда дефект твердых тканей недоступен осмотру и зондированию.

Рентгенография – эффективный метод исследования при диагностике хронических апикальных периодонтитов. Это исследование позволяет выявить анатомическое строение корней зубов и каналов, их число, форму и положение в че-

люсти, наличие облитерации полости зуба, состояние периодонта и костной ткани; четко определить переломы корней зубов и самой челюсти, степень заполнения корневых каналов пломбирочным материалом, наличие инородных тел в канале корня, степень резорбции альвеолярного отростка. Панорамная рентгенография дает возможность получить изображение всего зубного ряда.

Витальное окрашивание основано на повышении проницаемости пораженных кариесом твердых тканей зубов для водных растворов красителей (метиленовый синий или красный). При контакте с растворами красящих веществ в участках деминерализации твердых тканей краситель сорбируется, тогда как неизмененные ткани не окрашиваются. С помощью этого метода удастся не только выявить очаговую деминерализацию эмали, но и судить об активности патологического процесса.

Высушивание эмали – наиболее простой и довольно эффективный метод, позволяющий выявлять даже очаги подповерхностной деминерализации, обнаружение которых под слоем слюны практически невозможно. Исследуемый зуб тщательно очищают от налета и после высушивания определяют границы и размеры очага деминерализации. Этот метод применяется и при диагностике кариеса апроксимальных поверхностей.

Люминесцентное исследование основано на использовании эффекта люминесценции твердых тканей зубов, возникающей под влиянием ультрафиолетового облучения. Исследование проводят в затемненной комнате, направляя на высушенную поверхность зуба пучок ультрафиолетовых лучей. Неповрежденная эмаль светится голубоватым светом, а при начальном кариесе в области пятна отмечается гашение люминесценции на фоне нормального свечения неповрежденной эмали.

Люминесцентное исследование при заболеваниях слизистой оболочки полости рта позволяет получить более детальную информацию об очаге поражения, особенно при различных кератозах. Здоровая слизистая отсвечивает бледным синевато-фиолетовым цветом. Гиперкератоз дает средней интенсивности свечение с желтоватым оттенком при

красном плоском лишае, белоснежно-голубое – при красной волчанке.

Стоматоскопия и фотоскопия – исследование слизистой оболочки полости рта посредством прибора (фотодиагностоскопа), позволяющего при большом увеличении осмотреть слизистую и выявить ее малейшие изменения. Этот метод наиболее часто применяют для диагностики начальных стадий поражения слизистой, обнаружения первых признаков озлокачествления сравнительно доброкачественно протекающих заболеваний.

Йодная проба позволяет определить характер воспаления по интенсивности коричневой окраски, а также состояние процессов ороговения эпителия. Применяют 2% водный раствор Люголя, которым смачивают тампон и на 1 мин прикладывают к исследуемому участку, захватывая 1–2 см окружающей, визуальной нормальной, слизистой оболочки.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие существуют методы обследования стоматологического больного?
2. Какие методы обследования относятся к основным?
3. Какие методы обследования относятся к дополнительным методам?
4. Как проводится опрос больного?
5. С чего начинается осмотр больного?
6. Какие виды перкуссии вы знаете?
7. Что определяют зондированием?
8. Для чего проводят витальное окрашивание зубов?
9. В каких случаях проводится рентгенологическое исследование?
10. Для чего проводят стоматоскопию и фотоскопию?

Глава V

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ

Проблема боли и обезболивания в стоматологии является очень важной. Большинство манипуляций стоматолога сопровождается болевым синдромом разной степени вы-

раженности, вплоть до очень интенсивной боли, с которой связан возникающий у многих пациентов страх перед посещением стоматолога. Таким образом, негативный опыт, связанный с отсутствием адекватного обезболивания, у таких пациентов влечет за собой невозможность полноценного стоматологического лечения в дальнейшем из-за несвоевременного обращения пациента к стоматологу.

В стоматологии с целью обезболивания наиболее широко используются медикаментозные методы, среди которых наибольшую распространенность в клинике получила местная анестезия, которая включает в себя инъекционные и аппликационные методы. Общее обезболивание (наркоз) в стоматологии используют ограниченно и строго по показаниям.

Местное обезболивание

Местным обезболиванием называют выключение болевой чувствительности на определенном участке тела при сохранении сознания и других функций организма. Перед проведением местного обезболивания обязательно нужно расспросить больного о состоянии его внутренних органов, переносимости лекарственных веществ, особенно анестезирующих растворов.

Поверхностная, или аппликационная, анестезия. Заключается в нанесении (путем смазывания или орошения) на кожу или слизистую оболочку анестетика. Этот вид анестезии используется для обезболивания слизистых и для выключения чувствительности в месте вкола иглы при проведении инъекционных видов обезболивания. При этом методе чаще используются 10% раствор лидокаина, 2% раствор пиромекаина. Получила распространение и аэрозольная форма анестетиков. Недостатками этой формы являются значительная по размеру и плохо контролируемая площадь распыления препарата, трудность дозирования, а также возможность сенсibilизации врача и вспомогательного персонала. При использовании аппликационной анестезии ватный шарик, смоченный анестетиком, накладывают на участок слизистой оболочки, предварительно обработанный антисептиком, подсушенный и изолированный от слюны. Время аппликации – не менее 1 мин, длительность обезболивания – около 10 мин. Удобнее использовать уже гото-

вые шарики с анестетиками, изготавливаемые фабричным путем.

Инфильтрационная анестезия. Наиболее часто применяемым вариантом инфильтрационной анестезии является надperiостальная инъекция. Техника проведения ее проста. Укол производят в переходную складку с вестибулярной стороны. Иглу продвигают вдоль оси зуба, вводя по ходу движения иглы небольшое количество анестетика, до уровня проекции верхушки корня, где и выпускают оставшийся раствор анестетика. Скос иглы должен быть направлен параллельно поверхности кости. Следует контролировать и скорость введения анестетика. При инфильтрационной анестезии анестезирующий раствор целесообразно вводить со скоростью 1 мл в течение 15 с. Более эффективна инфильтрационная анестезия при лечении зубов верхней челюсти. В случае недостаточного обезболивающего действия при лечении пульпита можно сделать внутрипульпарную инъекцию анестетика. Для этого полость зуба вскрывают в одной точке и, используя очень тонкую иглу, вводят раствор анестетика в пульпу. Успех такой анестезии обусловлен отсутствием утечки анестетика вокруг иглы, при этом вводится 0,2–0,3 мл раствора.

Проводниковая анестезия. При проводниковой анестезии потеря чувствительности определенной анатомической зоны достигается за счет блокирования иннервирующего ее нервного ствола. Анестезирующий раствор подводят к нерву в точке, удаленной от операционного поля. Чаще этот вид анестезии используют при лечении зубов нижней челюсти. Наибольшее распространение получили такие виды проводниковой анестезии, как туберальная, инфраорбитальная, торусальная и ментальная.

В последние годы чаще стали применять так называемую **интралигаментарную анестезию**. Эта анестезия дает хороший эффект, экономит время и анестетик. Ее достоинства – мгновенное обезболивание, отсутствие длительного чувства онемения губ, щек, языка, уменьшение риска побочного токсического действия, нет опасности повреждения кровеносных сосудов, возможно обезболивание нескольких одиночных зубов в разных квадрантах. Суть этого вида ане-

стезии состоит в том, что анестетик специальным шприцем с тонкой и короткой иглой вводится в зубодесневой желобок на глубину 1–3 мм. Обезболивание наступает через 30 с и продолжается 30–60 мин. Специальный шприц позволяет ввести одномоментно 0,2 мл раствора.

Осложнения при проведении местного обезболивания

Осложнения, связанные с обезболиванием при стоматологических вмешательствах, можно разделить на две основные группы. К первой группе относят осложнения, возникающие в результате нарушения методики проведения обезболивания, ко второй – осложнения, развивающиеся при передозировке, непереносимости, системном действии местных анестетиков. Отлом инъекционной иглы при проведении анестезии в настоящее время наблюдается редко, так как в основном применяются одноразовые иглы. Образование гематомы является следствием повреждения сосуда иглой. Предупредить это осложнение можно, продвигая иглу за током раствора анестетика. Этим же способом можно предупредить и повреждение нервного ствола. Попадание анестетика в ток крови может наблюдаться в случае проникновения иглы в просвет сосуда. В результате этого в крови возникает большая концентрация анестетика, которая способна вызвать явления отравления. При этом могут развиваться возбуждение, депрессии, нарушение сердечной деятельности, угнетение дыхания. Постинъекционные боли и отек появляются, если анестезия осуществляется грубо, в результате чего может быть повреждена надкостница, или если вследствие быстрого введения раствора были повреждены мягкие ткани. Боль и отек могут быть связаны также с истечением срока хранения анестетика и несоблюдением правил асептики. Постинъекционный некроз может наблюдаться при обезболивании в участках, лишенных или почти лишенных подслизистого слоя, в частности, на твердом нёбе. Введение анестетика на участках с плотной слизистой проводят медленно и плавно. При этом вводят небольшое количество раствора.

Одним из самых опасных осложнений на введение анестетика является анафилактический шок. Клиническая

картина характеризуется острым началом. Покраснение кожи и зуд (наблюдаемые при идиосинкразии) сменяются побледнением кожи с появлением цианоза. Больной ощущает стеснение в груди, боль. Артериальное давление падает до 70 мм рт.ст., пульс становится слабым, урежаются сердечные сокращения, возможны потеря сознания и судороги, затруднение дыхания. Острый анафилактический шок может в считанные минуты закончиться смертью.

При развитии анафилактического шока необходимо немедленно ввести 0,5 мл 1% раствора адреналина в место инъекции анестетика и одновременно то же количество адреналина ввести внутривенно. Для снижения реактивности организма следует назначить глюкокортикоиды (3% раствор преднизолона 1–2 мл внутривенно или подкожно). После восстановления показаний гемодинамики вводят антигистаминные препараты; 2,5% раствор пипольфена внутривенно или внутримышечно, 2 мл 1% раствора димедрола. При бронхоспазме и затруднении дыхания вводят 10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида (или 40% раствора глюкозы). В предупреждении анафилактического шока важную роль играют тщательно собранный врачом анамнез и данные о непереносимости больным различных лекарственных препаратов, в частности тех, которые будут применены при лечении.

Общее обезболивание

В связи с тем, что в последние годы увеличилось число больных с аллергическими реакциями, стоматологи все чаще сталкиваются с пациентами, которые не переносят местных анестетиков. Это обусловило необходимость применения в поликлинической стоматологической практике общего обезболивания.

Кроме того, показаниями к лечению пульпита под наркозом могут быть:

1) сопутствующие пороки развития и заболевания ЦНС (пизофрения, олигофрения, дебильность, неврозы, эпилепсия и др.);

2) идиосинкразия к местным анестетикам;

3) неэффективность местных анестетиков;

4) неуравновешенное психическое состояние больного, сопровождающееся проявлениями страха и обмороками;

5) повышенный рвотный рефлекс на введение в полость рта стоматологических инструментов;

6) множественное поражение зубов кариесом, пульпитом и апикальным периодонтитом, требующими комплексного лечения в одно посещение.

Нужно помнить, что общее обезболивание может проводить только анестезиолог в кабинете для наркоза!

В поликлинике в основном проводят внутривенные и масочные виды наркоза. Под наркозом производят только болезненную часть вмешательства. Пломбирование, как правило, осуществляется после пробуждения больного, особенно при большом объеме работы. Полный объем лечебных манипуляций под наркозом выполняют только у больных, страдающих психическими заболеваниями, или у лиц с повышенным рвотным рефлексом.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие методы обезболивания вы знаете?
2. Разновидности местной анестезии.
3. Препараты, используемые для общего наркоза.
4. Отличия ингаляционного и неингаляционного наркоза.
5. Осложнения при проведении местной анестезии.
6. Показания и противопоказания для проведения общей анестезии.
7. Когда используют препараты: гексенал, тиопентал-натрий, виадрил?
8. В чем заключается аппликационный метод?
9. Разновидности инъекционного обезболивания.
10. неотложная помощь при анафилактическом шоке.

Глава VI

КАРИОЗНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Кариес зубов – патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости.

Классификация кариеса зубов

В зависимости от поражения ткани различают кариес эмали, дентина, цемента.

По локализации очага поражения кариес делят на fissурный, пришеечный и кариес контактных (апроксимальных) поверхностей.

Топографическая классификация. Выделяют 4 стадии: стадию пятна (кариозное пятно), поверхностный кариес, средний кариес и глубокий кариес.

По скорости развития: медленно текущий и быстро текущий кариес.

Кариозная деминерализация, или стадия пятна. Наблюдается визуально изменение нормального цвета эмали на ограниченном участке и появление матового, белого, светло-коричневого, темно-коричневого, черного пятна.

При осмотре: потеря естественного блеска эмали на ограниченном участке. Площадь очага поражения постепенно увеличивается.

Кариес в стадии белого пятна протекает бессимптомно и обнаруживается только при осмотре. Пятно становится видимым после высушивания поверхности зуба струей воздуха. На температурные раздражители зуб отвечает появлением чувствительности, которая быстро проходит. Пульпа зуба реагирует на ток силой 2–6 мкА. Кариозное пятно окрашивается 2% раствором метиленового синего.

Дифференциальная диагностика: кариозное пятно следует дифференцировать от пятна при гипоплазии и флюорозе. Для гипоплазии характерна симметричность поражения одноименных зубов, что обусловлено одновременностью их закладки, развития и минерализации. При флюорозе имеются множественные, как белые, так и коричневые, не имеющие четких границ, пятна, располагающиеся на поверхностях всех групп зубов. Для флюороза характерна эндемичность поражения – проявление у всех или большинства жителей какого-либо региона.

Поверхностный кариес возникает на месте белого или пигментированного пятна в результате деструктивных изменений эмали зуба. Характерно возникновение кратко-

временной боли, в основном от химических раздражителей – сладкого, соленого, кислого, также от воздействия температурных раздражителей. При осмотре зуба на участке поражения обнаруживается неглубокий дефект (полость), он определяется по наличию шероховатости при зондировании поверхности зуба. Пульпа зуба при поверхностном кариесе реагирует на ток силой 2–6 мкА.

Дифференциальная диагностика: поверхностный кариес необходимо отличать от гипоплазии эмали, эрозии твердых тканей и клиновидного дефекта.

При гипоплазии поверхность эмали гладкая, неразмягченная, дефекты локализуются на разных уровнях симметричных зубов, а не на характерных для кариеса поверхностях коронок зубов.

Эрозия твердых тканей зубов имеет чашеобразную форму, дно ее гладкое, блестящее.

Клиновидный дефект локализуется исключительно у шейки зубов, имеет плотные стенки и характерную форму дефекта. Обычно протекает бессимптомно.

Средний кариес. При этой форме нарушается целостность эмалево-дентинного соединения, однако над полостью зуба сохраняется достаточно толстый слой не измененного дентина. Больные могут не предъявлять жалоб, иногда от воздействия механических, химических и температурных раздражителей могут возникать кратковременные болевые ощущения, которые быстро проходят после устранения раздражителей. При осмотре зуба: неглубокая кариозная полость, заполненная пигментированным и размягченным дентином, что определяется при зондировании. На жевательной поверхности полость, иногда и значительную, определяют при зондировании. Пульпа зуба реагирует на ток силой 2–6 мкА.

Дифференциальная диагностика: средний кариес отличают от клиновидного дефекта, эрозии, глубокого кариеса и хронического периодонтита. От клиновидного дефекта и эрозии средний кариес отличают по тем же признакам, что и при дифференциальной диагностике поверхностного кариеса. От глубокого кариеса эту форму поражения дифференцируют на основании жалоб больного и данных объективного осмотра.

Сходство среднего кариеса с хроническим периодонтитом состоит в отсутствии болевых ощущений при наличии кариозной полости. Различие этих двух заболеваний заключается в том, что при препарировании полости при кариесе возникает болезненность, а при периодонтите реакция на препарирование отсутствует, так как пульпа некротизирована. В соответствии с этим различна и реакция на внешние раздражения: при среднем кариесе зуб реагирует на температурные и химические воздействия, а при периодонтите реакция на эти раздражители отсутствует. Пульпа зуба при среднем кариесе реагирует на ток силой 2–6 мкА, при периодонтите – на ток силой более 100 мкА. На рентгенограмме при кариесе ткани периодонта не изменены, а при хроническом периодонтите имеются деструктивные изменения в костной ткани.

Глубокий кариес. При этой форме кариозного процесса имеются значительные изменения дентина. Жалобы: на кратковременные боли от механических, химических и температурных раздражителей, проходящие после устранения раздражителя. Осмотр: обнаруживается глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином.

Нередко имеются нависающие края эмали. Зондирование дна кариозной полости болезненное. Могут появляться ноющая боль в зубе после устранения раздражителя, ощущение неловкости в зубе. Пульпа зуба обычно реагирует на ток силой 2–6 мкА. Дифференциальная диагностика: глубокий кариес отличают от среднего кариеса, острого очагового и хронического фиброзного пульпитов.

От среднего глубокий кариес отличается более выраженными жалобами (кратковременные боли от всех видов раздражителей: механических, химических, температурных), что зависит от глубины кариозной полости.

От острого очагового и хронического фиброзного пульпита глубокий кариес отличают по выраженным при пульпите приступообразным и более продолжительным болям от внешних раздражителей, а также по наличию самопроизвольных болей без воздействия внешних раздражителей. При кариесе зуб реагирует на ток силой 2–6 мкА; при пульпите отмечается снижение возбудимости пульпы до тока силой 15–20 мкА и более.

В зависимости от локализации различают пять классов полостей:

1-й класс. Кариес в области фиссур на жевательных поверхностях моляров и премоляров и в области слепых ямок на щечной и язычной поверхностях моляров и небной поверхности верхних резцов.

2-й класс. Кариес контактных поверхностей моляров и премоляров.

3-й класс. Кариес контактных поверхностей резцов и клыков без нарушения целостности угла и режущего края.

4-й класс. Кариес контактных поверхностей резцов и клыков с вовлечением в процесс углов и режущего края.

5-й класс. Кариес пришеечных областей щечной, губной и язычной поверхностей всех зубов.

Лечение кариеса

Основным методом лечения кариеса и предупреждения его осложнений является удаление патологически измененных твердых тканей зуба и заполнение образовавшегося дефекта соответствующим пломбировочным материалом. Пломбирование позволяет не только восстановить форму зуба, но и его функцию.

При начальном кариесе проводится преимущественно консервативное лечение. Распространенным методом лечения является реминерализующая терапия с применением препаратов фтора в виде аппликаций. Эффект реминерализующей терапии появляется не сразу. Только спустя некоторое время можно обнаружить уплотнение пятна, исчезновение чувствительности при зондировании и чувства оскомины от химических раздражителей, а также прекращение роста пятна.

Следует периодически проводить осмотры больных, позволяющие судить об исходе лечения. Кариес эмали в области фиссур может быть устранен при помощи фиссурных силантов (герметизации фиссур).

Лечение кариеса дентина (среднего, глубокого) консервативными методами неэффективно. Необходима оперативная обработка полости (препарирование) с последующим восстановлением анатомической формы зуба пломбой.

Для получения благоприятных отдаленных результатов при лечении кариеса методом пломбирования надо придерживаться следующих правил:

- 1) полное удаление пораженных кариесом твердых тканей зуба осуществлять с применением тех или иных методов обезболивания;
- 2) создавать наилучшие условия для прочной фиксации пломбы;
- 3) антисептическую обработку сочетать с тщательным высушиванием препарированных твердых тканей;
- 4) осуществлять правильный подбор пломбировочного материала и соблюдать методику пломбирования;
- 5) проводить шлифование и полирование пломб.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Классификация кариозных повреждений зубов.
2. Кариес в стадии пятна. Клиническая картина.
3. Средний и глубокий кариес. Дифференциальная диагностика.
4. Причины возникновения и клиническая картина среднего и глубокого кариеса.
5. Лечение кариеса в стадии пятна.
6. Лечение среднего и глубокого кариеса.

Глава VII

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Нарушение развития и прорезывания зубов

Аденция (син.: гиподентия, олигодентия) – отсутствие нескольких или всех зубов. Этиология неизвестна. Полное отсутствие зубов встречается очень редко. Для терапевта-стоматолога эти нарушения имеют значение только в плане диагностики.

Сверхкомплектные зубы

Этиология рассматриваемого нарушения неизвестна. Для терапевта-стоматолога оно имеет значение исключительно в плане диагностики. Сверхкомплектные зубы бывают в области моляров (например, вырастает четвертый моляр), премоляров и резцов. Если такие зубы нарушают функцию

жевания или представляют эстетический дискомфорт, то их удаляют.

Неправильные размеры и форма зубов

Наиболее распространенным видом нарушений размеров и форм зубов является макродензия. Причины указанных нарушений зубов неизвестны. При нарушении функции жевания и эстетическом дискомфорте проводится ортопедическое лечение. В отдельных случаях эффективным может быть пломбирование современными композитными материалами.

Крапчатые зубы

К крапчатым зубам относятся эндемический флюороз и неэндемическое помутнение эмали.

Эндемический флюороз является системным нарушением развития твердых тканей. Он развивается при приеме внутрь чрезмерного количества фтора, когда повышено его содержание в питьевой воде, продуктах питания, атмосфере.

Чем больше фтора поступает в организм, тем тяжелее заболевание. Флюороз может возникать и при чрезмерном попадании фтора внутрь из других источников: неоднократное заглатывание фторированной зубной пасты, растворов при местной флюоризации в детском возрасте, особенно во время формирования и минерализации эмали постоянных зубов. Этот период продолжается от трех месяцев беременности до восьмого года жизни.

Флюороз проявляется на зубах вскоре после их прорезывания изменением цвета эмали, которая теряет прозрачность, становится матовой, приобретает желтовато-коричневый цвет. Эти изменения цвета наблюдаются на коронках зубов в виде полосок и пятен различных размеров. Количество и размеры указанных элементов, а также их окраска определяют тяжесть заболевания. Для флюороза характерны двусторонние и симметричные очаги, локализующиеся в отличие от кариеса преимущественно ближе к режущему краю и окклюзионной поверхности.

Предложено несколько классификаций флюороза. Наиболее распространена классификация В.К. Патрикеева, согласно которой флюороз подразделяется на штриховую, пятнистую, меловидно-крапчатую, эрозивную и деструктивную формы.

При начальных формах заболевания зубы лечению не подлежат, поскольку сохраняют полноценность как в функциональном, так и в эстетическом отношении. Пациентам, которые жалуются на эстетический дискомфорт, проводится симптоматическое лечение в виде отбеливания зубов. Предложено много методик отбеливания с помощью кислот и пероксидов. Техника отбеливания трудоемка и небезопасна для зубов и окружающих тканей. Лучшие результаты отбеливания получают при легкой степени флюороза. При тяжелых формах показано эстетическое пломбирование дефектов или изготовление искусственных коронок.

Эрозия твердых тканей

Эрозия – это поверхностная потеря твердых тканей зубов вследствие растворения их кислотами без вовлечения в этот процесс бактерий. Эрозии обычно локализуются в придесневой трети вестибулярной поверхности зубов, особенно на верхних резцах. Они могут возникать при злоупотреблении кислыми продуктами питания, у лиц, работающих на вредном производстве, связанном с кислотами, у пациентов, которые страдают многократной рвотой.

Чаще поражаются резцы верхней челюсти. Различают эрозию эмали и дентина. По течению процесс может быть медленнотекущим, быстротекущим и приостановившимся. Цвет эрозированной поверхности соответствует естественному цвету тканей зуба, но в случае прекращения чистки зубов, что бывает при сопутствующей гиперестезии, поверхность эрозии окрашивается пищевыми красителями, приобретая желтый или светло-коричневый оттенок.

При эрозии твердых тканей зубов нужно устранить причинный фактор. Нельзя отменять чистку зубов даже при сильной болезненности. Стабилизация процесса достигается назначением минерализирующей терапии в виде многократных аппликаций растворов кальция и фторидов. По показаниям проводятся пломбирование и протезирование.

Патологическая резорбция

Патологическая резорбция бывает наружная и внутренняя. Она образуется вследствие патологических процессов в пульпе и периодонте.

Лечение состоит в лечении пульпитов и периодонтитов.

Изменение цвета зубов после их прорезывания

Темный цвет зубов может быть следствием включения в них металлических компонентов из пломб. Коричневый или желтый цвет может появляться у людей, имеющих вредную привычку жевать табак. Потемнение цвета зуба возможно и вследствие кровотечения из пульпы.

Лечение состоит в эстетическом отбеливании или протезировании зубов по желанию пациента. Более важное значение имеет профилактика, которая заключается в санитарном просвещении населения и исключении ятрогенных факторов.

Гипоплазия эмали расценивается как порок ее развития, наступающий в результате нарушения метаболических процессов в развивающихся зубах и проявляющийся в количественном и качественном нарушении эмали зубов. Системная гипоплазия тканей зуба характеризуется нарушением строения эмали всех или только той группы зубов, которая формируется в один и тот же промежуток времени.

Гипоплазия на временных резцах отмечена у детей, матери которых в период беременности перенесли такие заболевания, как краснуха, токсоплазмоз, токсокоз, или получали недостаточное по количеству и некачественное по составу питание. Гипоплазия наблюдалась у недоношенных детей, у детей с врожденной аллергией, перенесших гемолитическую желтуху, возникшую в результате несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, перенесших родовую травму, родившихся в асфиксии. Клинически гипоплазия эмали проявляется в виде пятен, чашеобразных углублений (единичных или множественных) различной величины и формы, или линейных бороздок той или иной глубины и ширины, опоясывающих зуб и расположенных параллельно режущему краю или жевательной поверхности.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Классификация некариозных повреждений зубов.
2. Гипоплазия. Форма проявления, клиническая картина.
3. Классификация флюороза.
4. Причины возникновения флюороза.
5. Проявления патологической резорбции.

Глава VIII

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ И ПЕРИОДОНТА

Пульпиты. Клиника, диагностика, методы лечения

Пульпит – это воспаление пульпы зуба, которое обычно сопровождается болью. Воспалительный процесс в пульпе чаще возникает в ответ на раздражители, поступающие из кариозной полости, из которых первое место занимают микроорганизмы и их токсины. Другими факторами, обуславливающими возникновение пульпита, могут быть химические вещества, которые используются при очистке кариозной полости, кислотные протравки, пломбировочные материалы; термическое повреждение при чрезмерном нагревании во время препарирования полости; травма и отлом части коронки, дреном корня, вскрытие полости зуба при препарировании.

Классификация пульпитов (Е.Е. Платонов, 1968 г.):

1. Острый пульпит: частичный; общий; общий гнойный.
2. Хронический пульпит: фиброзный; гангренозный; гипертрофический.
3. Хронический пульпит в стадии обострения: обострение хронического фиброзного пульпита; обострение хронического гангренозного пульпита.

Симптомы острых пульпитов:

- 1) самопроизвольные боли;
- 2) приступообразные боли с чередованием безболевых промежутков с болевыми;
- 3) возникновение продолжительных болей от воздействия различных раздражителей, продолжающихся после их устранения;
- 4) усиление болей ночью.

Примечание: острый очаговый пульпит продолжается 1–2 суток.

Острый очаговый пульпит

Это начальная стадия воспаления пульпы зуба.

Очаг локализуется в участке пульпы, наиболее близко прилежающем к области рога пульпы зуба. Пациент жалуется на кратковременную самопроизвольную боль от нескольких минут до получаса. Безболевого промежутка продолжается несколько часов. Пациент четко указывает на больной зуб. В ночное время боли становятся интенсивнее. Они усиливаются от температурных, химических, механических раздражителей и не скоро проходят после их устранения.

При объективном обследовании определяется глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным дентином. При зондировании дна кариозной полости отмечается резкая болезненность в одной точке. Полость зуба не вскрыта. Возникает длительная болевая реакция пульпы на холодное. Электровозбудимость пульпы понижена.

Методы лечения острого очагового пульпита:

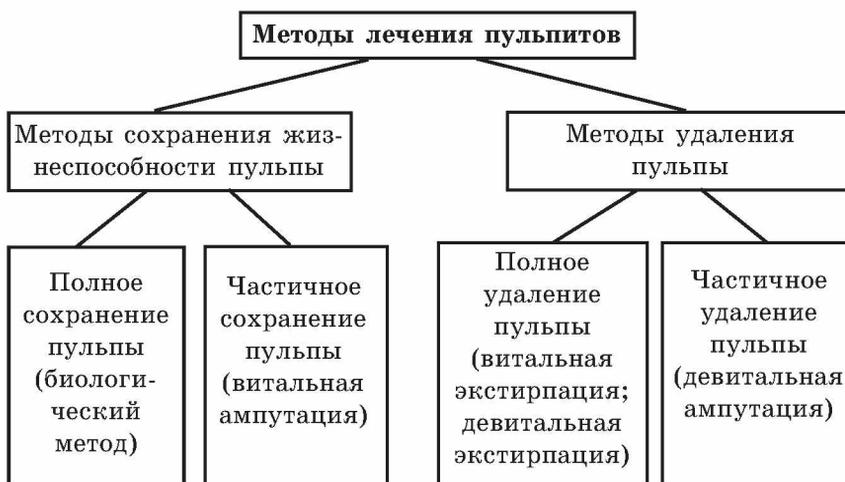
1) метод витальной и девитальной ампутации (при этих методах удаляется только коронковая пульпа под проводниковым обезболиванием или после применения девитализирующих средств – мышьяковистых препаратов и др.);

2) методы витальной и девитальной экстирпации – это полное удаление пульпы зуба под анестезией и после применения девитализирующих средств с последующим пломбированием корневого канала; методы можно применять, когда зуб готовится под коронку;

3) биологический метод – это метод полного сохранения пульпы зуба, при котором используются обезболивающие препараты, антибиотики, ферменты и лечебные стоматологические материалы на основе гидроокиси кальция (кальмецин, кальциодонт и др.).

Острый диффузный пульпит

Характеризуется появлением длительного самопроизвольного приступа боли, зуб болит несколько часов с кратковременным ослаблением болевого приступа. При превращении серозного экссудата в гнойный боль усиливается, приобретает пульсирующий, непрерывный характер, появляется иррадиирующая боль, отдающая в ухо, в висок, в верхнюю или нижнюю челюсть. От горячего боль в зубе усиливается.



При объективном исследовании обнаруживается глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина. Зондирование кариозной полости болезненно по всему дну, от раздражителей возникает сильная боль. В гнойной стадии зуб несколько успокаивается от холодного. Перкуссия в гнойной стадии может быть слабо болезненной, т.к. происходит сотрясение воспаленной пульпы. При зондировании полость зуба может вскрыться с появлением капли гноя и крови. Электровозбудимость зуба снижена со всех бугров зуба. Острый диффузный пульпит продолжается от 2 до 14 суток в зависимости от реактивности организма.

Методы лечения. При лечении данной формы пульпита применяются методы витальной и девитальной экстирпации, т.е. пульпа зуба удаляется полностью, с последующим пломбированием.

Хронический фибринозный пульпит

Возникает при переходе острого воспаления в хроническое. Процесс может протекать от нескольких недель до нескольких месяцев. Пациент может указывать, что раньше была сильная боль. В настоящее время боль возникает от раздражителей, также могут быть приступы ноющей боли. Зуб может болеть при вдыхании холодного воздуха. Заболевание может протекать бессимптомно.

При объективном исследовании обнаруживается глубокая кариозная полость. Полость зуба чаще вскрыта или легко вскрывается, пульпа при этом кровоточит, резко болезненна. Перкуссия зуба болезненная. Электровозбудимость понижена до 20–40 мкА.

Методы лечения. Девитальная и витальная ампутация, девитальная и витальная экстирпация. Можно применить биологический метод лечения.

Хронический гангренозный пульпит

Длительно существующий хронический фибринозный пульпит может привести к развитию гангренозного пульпита. Развивается он из острого воспаления при внедрении в очаг гнилостной инфекции. Пациент жалуется на длительную ноющую боль от различных раздражителей, усиливающуюся от горячего.

При объективном исследовании обнаруживается глубокая кариозная полость, чаще всего вскрыта полость зуба и просвечивается пульпа грязно-серого цвета. Из зуба отмечается гнилостный запах, зондирование может быть болезненно в устьях каналов зуба, электровозбудимость пульпы снижена до 40–60 мкА. На рентгеновском снимке при долгом существовании хронического гангренозного пульпита могут обнаруживаться деструктивные изменения в периодонте. Уровень болезненности в пульпе может быть различным (в коронковой или корневой пульпе).

Методы лечения. Витальная экстирпация.

Хронический гипертрофический пульпит

Развивается из хронического фиброзного пульпита, когда в своде полости зуба появляется сообщение между кариозной полостью и полостью зуба. При этом кариозная полость частично или полностью заполняется полипом пульпы. Пульпа зуба, постоянно подвергаясь механическому и другим видам раздражения, постепенно разрастается и прорастает в кариозную полость в виде грануляций. В анамнезе у пациента могут быть сильные боли. Пациент жалуется на болезненность от механических раздражителей и кровоточивость из зуба.

При объективном исследовании отмечается глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, и разраста-

ние пульпы зуба (грануляции). При дотрагивании до полипа пульпы возникает кровоточивость и болезненность.

Методы лечения. Витальная и девитальная экстирпация.

Обострение хронического пульпита

В клинике этого заболевания присутствуют как симптомы острого, так и симптомы хронического пульпита. Поэтому для постановки диагноза требуется тщательное обследование и собирают тщательный анамнез.

Обострение возникает чаще всего при ангине, гриппе, переохлаждении. Чаще обостряются хронический фибриновый и хронический гангренозный пульпиты.

Пациент жалуется на ноющие боли, появляющиеся от различных раздражителей. Могут также возникать острые боли, приступообразные, с признаками очагового диффузного острого пульпита.

Методы лечения. Витальная и девитальная экстирпация.

Алгоритм оказания доврачебной помощи при пульпите (остром, хроническом в стадии обострения):

- 1) удалить из кариозной полости пищевые остатки;
- 2) ввести в кариозную полость ватный шарик с препаратами, обладающими анестезирующими свойствами (ацетилсалициловая кислота, анальгин);
- 3) порекомендовать принять болеутоляющее средство (анальгин и др.)
- 4) направить пациента к врачу-стоматологу.

Примечание: При остром очаговом пульпите и при острым диффузном в серозной стадии теплая вода уменьшает болевые ощущения, а при острым гнойном пульпите подобное действие оказывает холодная вода.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Каковы причины возникновения пульпитов?
2. Дайте классификацию пульпитов по Платонову.
3. В чем особенность жалоб при острых пульпитах?
4. Какие методы лечения пульпитов вы знаете?
5. Каковы симптомы острых пульпитов?

6. Какова объективная картина кариозной полости при хроническом фибринозном пульпите?
7. Как проявляется хронический гангренозный пульпит?
8. Какова клиническая картина при хроническом гипертрофическом пульпите?
9. В чем заключается доврачебная помощь при остром пульпите?
10. Каковы жалобы пациента при обострении хронического пульпита?

Периодонтиты. Клиника, диагностика, доврачебная помощь, лечение

Периодонтиты – это воспалительные заболевания периодонта.

Этиология. Причиной воспаления периодонта чаще всего является инфекция. Инфекция может проникать в периодонтальные пространства через канал корня зуба, когда имеется воспаление пульпы и корневая ее часть поражена инфекцией. В периодонтальные ткани попадают также микробные токсины и продукты распада воспаленной пульпы, вызывая их воспаление. Инфекционный периодонтит является осложнением невылеченного или плохо вылеченного пульпита. Инфекция может распространяться в периодонт при наличии патологического зубодесневого кармана при пародонтитах, а также гематогенным путем при наличии острых инфекционных заболеваний (ангина, скарлатина, грипп).

Периодонтиты могут развиваться в результате резкого воздействия механической силы: внезапный удар, ушиб, падение. При этом чаще всего повреждаются передние зубы. Сильное повреждение периодонта может стать причиной гибели пульпы зуба, которая инфицируется, а инфекция затем распространяется на апикальный периодонт.

Периодонтиты могут развиваться при слабой, но постоянно действующей травме – это завышенная пломба, коронка, мост. При этом травматическое воздействие сосредотачивается в области верхушки зуба. Устраняя причину этой хронической травмы, можно способствовать выздоровлению в области периодонта. Пульпа таких зубов остается живой.

Развитию хронического периодонтита способствует систематически прилагаемое усилие при вредных привычках откусывать зубами нитки, грызть карандаш и т.д. Встречается такого рода периодонтит у музыкантов, у курящих трубку, когда создается давление в области верхушки зуба. Травма периодонта может возникнуть при лечении воспаленной пульпы, глубокой экстирпации, а также после пломбирования корня зуба.

Периодонтиты могут развиваться от действия химических веществ, которые применяются при стоматологических манипуляциях. Чаще всего это связано с применением мышьяковистых препаратов (передозировка) и сильных антисептиков (формалин, фенол и др.), а также от пломбировочного материала, когда он попадает в периапикальные ткани.

Возможно развитие аллергических периодонтитов, когда у пациентов имеется повышенная чувствительность к лекарственным препаратам, применяемым при лечении и пломбировании канала зуба.

Кроме верхушечных периодонтитов могут развиваться маргинальные периодонтиты, когда при удалении остатков пищи (иглой, зубочисткой), при использовании жесткой зубной щетки повреждается циркулярная связка зуба и развивается маргинальный (краевой) периодонтит.

Маргинальный периодонтит может развиваться, когда стоматолог ставит пломбу с нависающими краями или искусственную коронку, врезающуюся глубоко под шейку зуба.

Причиной маргинального периодонтита может быть химическое воздействие препаратов. Например, препарат мышьяка при недостаточной герметизации может послужить причиной некроза зубного сосочка, межзубной перегородки.

Классификация периодонтитов. Наиболее распространенной классификацией периодонтитов является клинко-рентгенологическая:

- 1) острый периодонтит;
- 2) хронический:
 - а) фиброзный;
 - б) гранулирующий;
 - в) гранулематозный;

3) хронический в стадии обострения.

Клиника острого периодонтита (верхушечного)

Пациент жалуется на длительные непрерывные боли, в начале ноющего характера, усиливающиеся при накусывании (это фаза интоксикации). Затем возникает интенсивная, рвущая, пульсирующая постоянная боль. При переходе серозной стадии воспаления в гнойную возможна иррадиация боли по ходу II и III ветви тройничного нерва. В области верхушки зуба скапливается воспалительный экссудат, появляется патологическая подвижность зуба – резкая болезненность, зуб кажется выше других. В выраженной стадии воспаления появляется гиперемия и отечность слизистой оболочки альвеолярного отростка в области проекции верхушки корня, при пальпации – резкая болезненность. При осмотре коронки зуба выявляется изменение ее цвета от молочно-белого до серого. Зуб может быть интактный, кариозный, запломбированный или покрытый коронкой. Зондирование в корневых каналах безболезненное, перкуссия резко болезненна. Зуб не реагирует ни на один вид раздражителей, так как пульпа зуба погибла.

Со стороны регионарных подчелюстных лимфатических узлов имеется воспалительная реакция, они увеличены, болезненны при пальпации. Острый верхушечный периодонтит протекает от 2–3 суток до 2 недель в зависимости от сопротивляемости организма. Если такой зуб своевременно не лечить, то развивается периостит.

Клиника хронического фиброзного периодонтита

Данный периодонтит протекает бессимптомно и может быть результатом или исходом ранее леченного или нелеченного пульпита. Может развиваться как исход острого воспаления периодонта, как результат излечения гранулирующего или гранулематозного периодонтита, а также при перегрузке зуба. Хронический фиброзный периодонтит – это самая благоприятная форма хронических периодонтидов. Не испытывая боли, пациент обращается к стоматологу по поводу кариозной полости, изменения цвета коронки зуба, неприятного запаха изо рта. Хронический фиброзный периодонтит может быть обнаружен при профилактических осмотрах полости рта, когда пациенты проходят рентгенологическое исследование беспокоящих их соседних зу-

бов. На рентгенограмме отмечается неравномерное расширение периодонтальной щели без явлений деструкции альвеолы в области верхушки корня зуба.

При объективном исследовании врач обнаруживает зуб с глубокой кариозной полостью или без кариозной полости, если в анамнезе была травма. Зуб отличается по цвету от соседних зубов. Зондирование в кариозной полости и в каналах безболезненное, перкуссия отрицательная, пальпация области проекции верхушки зуба безболезненная, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений.

Клиника хронического гранулирующего периодонтита

Гранулирующий периодонтит является наиболее активной формой. При обследовании пациентов с хроническим гранулирующим периодонтитом выясняется, что периодически в зубе появляются слабые, неприятные болевые ощущения (чувство неловкости, тяжести, распирания в области верхушки корня зуба). При этом возникает незначительная боль при накусывании. Переходная складка в области проекции верхушки зуба становится гиперемированной, отечной, появляется свищ с гнойным отделяемым. После выхода гноя зуб успокаивается, но через некоторое время все может повториться. В области свища развиваются грануляции.

При объективном исследовании обнаруживается зуб, цвет коронки может быть изменен, он может быть с кариозной полостью, с пломбой или покрыт искусственной коронкой. Перкуссия может быть умеренно болезненной, зондирование безболезненное в кариозной полости и корневых каналах. В период обострения отмечается воспалительная реакция со стороны регионарных лимфатических узлов. Пальпация в области проекции верхушки корня может быть слегка болезненная, и после нее на слизистой оболочке обнаруживается вдавление, которое сразу не исчезает. На рентгенограмме в области верхушки корня зуба обнаруживается деструкция стенки альвеолы и губчатого вещества кости без четких границ (как пламя свечи, ломаная линия), возможна резорбция верхушки корня.

Клиника хронического гранулематозного периодонтита

Хронический гранулематозный периодонтит проходит бессимптомно и обнаруживается часто только в период обо-

стрения или при обследовании. Зуб может быть интактным, с пломбой, с кариозной полостью, под коронкой. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области проекции верхушки корня без изменений. Зондирование, перкуссия зуба безболезненные. Зуб с измененным цветом коронки (обычно темнее, чем соседние). Десна в период обострения в области проекции верхушки зуба гиперемирована, отечна. Из анамнеза выясняется, что зуб периодически болел. При рентгенологическом исследовании в области верхушки корня зуба выявляется деструкция костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами размером до 0,5 см. Исход заболевания при своевременном лечении может быть благоприятным, при отсутствии лечения может развиться кистогранулема (диам. 0,5–0,8 см) и корневая киста диаметром больше 1 см.

Клиника хронического периодонтита в стадии обострения

При обострении хронических периодонтитов пациент жалуется на боли, напоминающие симптомы острого периодонтита. При обследовании выясняется, что обострение уже было неоднократно, диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием. На рентгенограмме обнаруживаются изменения, которые характерны для хронического периодонтита.

Доврачебная помощь при остром периодонтите

Необходимо:

- назначить частые теплые полоскания раствором питьевой соды (1/2 чайной ложки на стакан воды), можно также рекомендовать слабые растворы перманганата калия, отвары ромашки, шалфея;
- назначить внутрь сульфаниламидные препараты (сульфадиметоксин по схеме);
- порекомендовать принять анальгетики;
- направить на лечение к стоматологу.

Примечание: облегчить состояние пациента может раскрытие полости зуба в сочетании с теплыми содовыми полосканиями и применением противовоспалительных препаратов. Вскрыть полость зуба можно с помощью стерильного острого инструмента, предварительно очистив кариозную полость от остатков пищи и изолировав зуб от слюны.

Основные принципы лечения периодонтитов

Все методы лечения делятся на 2 группы:

- 1) хирургические;
- 2) консервативные (терапевтические и физиотерапевтические).

К хирургическим методам относятся:

- резекция верхушки корня, цистомия;
- цистэктомия;
- реплантация зубов;
- удаление зубов.

Хирургические методы в последнее время уступили место консервативным и применяются по показаниям.

Физиотерапевтические методы лечения: внутриканальный электрофорез с 10% раствором йодистого калия, 5% йодом, трипсином, химотрипсином.

Примечание: 5% раствор йода можно применять только в боковых зубах, т.к. от него цвет эмали меняется на желтый.

После пломбирования канала зуба назначают УВЧ – 3–5 процедур, флюктуирующие токи аппаратом АСБ-2 – 5–8 процедур и микровольтовую терапию – 6–8 процедур.

Физиолечение в остром периоде не назначается.

Основными задачами при лечении периодонтитов являются:

- 1) воздействие на микрофлору корневых макро- и микроканалов;
- 2) снятие и уменьшение воспаления в периодонте;
- 3) содействие регенерации всех компонентов периодонта.

При лечении периодонтитов необходим строгий индивидуальный подход, с учетом общего состояния здоровья пациента, реактивных возможностей организма, характера и тяжести патологических изменений, активности бактериальной флоры, проходимости корневых каналов.

При лечении стремятся сохранить зуб. Современные лекарственные средства обеспечивают возможность проведения интенсивной терапии в короткие сроки.

Абсолютные противопоказания к консервативному лечению:

1) нарастание явлений воспаления и распространение воспалительного процесса на костные и мягкие ткани;

2) радикулярные кисты, диаметром более 1,5 см, проросшие в гайморову пазуху;

3) зубы с подвижностью III степени.

Относительные показания к консервативному лечению:

1) неоднократные обострения в многокорневых зубах с узкими, искривленными каналами;

2) резкое искривление каналов;

3) наличие в канале отлома инструментов;

4) некачественное пломбирование канала фосфат-цементом.

Лечение острых периодонтитов складывается минимум из двух посещений. В первое посещение дается хороший отток экссудату, скопившемуся в области верхушки зуба. Для этого под обезболиванием стоматолог препарирует кариозную полость, раскрывает полость зуба и удаляет распад пульпы из корневого канала. Пациенту назначают частые теплые полоскания раствором пищевой соды, слабым раствором калия перманганата и сульфаниламида, в тяжелых случаях – антибиотики.

Во второе посещение стоматолог производит соответствующую инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов и закрывает зуб под дентин-повязку с антисептиком.

В третье посещение при отсутствии жалоб канал зуба пломбируется, кариозный дефект коронки зуба восстанавливается пломбировочными материалами. Пациента предупреждают о возможном обострении после пломбирования зуба, дают необходимые рекомендации.

Лечение хронических периодонтитов

Однокорневые зубы с хорошо проходимыми каналами лечатся в одно или два посещения. Стоматолог препарирует кариозную полость, раскрывает полость зуба, удаляет распад пульпы из канала зуба под слабыми антисептиками, проводит инструментальную обработку канала. Перед пломбированием канала зуба можно сделать внутриканальный

электрофорез 10% раствором йодида калия, затем пломбируют зуб.

При обострении процесса после пломбирования зуба назначают противовоспалительную терапию и физиотерапевтические процедуры.

В случае заболевания многокорневых зубов, при труднопроходимых корневых каналах, а также при обострении процесса число посещений может быть увеличено. При отсутствии положительного результата зуб удаляется.

Лечение хронического периодонтита в стадии обострения не отличается от лечения при остром периодонтите.

Под обезболиванием создается доступ к корневому каналу, удаляется распад пульпы и создаются условия для оттока экссудата.

По показанию назначаются анальгетики, десенсибилизирующие, противовоспалительные препараты, а также может быть сделан разрез по переходной складке в области проекции верхушки корня при осложнении периоститом.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Каковы причины возникновения периодонтитов?
2. Какая классификация периодонтитов используется в клинике?
3. Как проявляется острый периодонтит?
4. В чем особенность клиники хронического фиброзного периодонтита?
5. Какие симптомы при хроническом гранулирующем периодонтите?
6. Какая рентгенологическая картина при хроническом гранулематозном периодонтите?
7. В чем сущность доврачебной помощи при острых периодонтитах?
8. Каковы принципы лечения острых периодонтитов?
9. Сколько посещений требуется при лечении однокорневых зубов?
10. Какие осложнения могут быть при обострении хронического периодонтита?

Глава IX

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Заболевания пародонта широко распространены среди населения. Поэтому заболевания пародонта являются актуальной проблемой стоматологии. Заболевания пародонта могут оказывать патогенное воздействие на весь организм, осложнять течение других заболеваний и обуславливать развитие хронического сепсиса.

Пародонт – это комплекс тканей, окружающих зуб и имеющих тесную генетическую, морфологическую, функциональную связи. Он включает десну, костную ткань альвеолы, периодонт, цемент корня.

Классификация заболеваний пародонта

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

Форма: катаральная, гипертрофическая, язвенная.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

2. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

3. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Течение: хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: генерализованный.

4. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей.

5. Пародоптомы – опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

Обследование больных с заболеваниями пародонта

Обследование больных с подозрением на заболевания пародонта включает изучение анамнеза, определение общего состояния больного, клинические и специальные методы обследования.

Сбор анамнеза начинают с выяснения жалоб, обращают внимание на наличие или отсутствие профессиональных вредностей, характер питания, перенесенных заболеваний, аллергологический анамнез, наличие вредных привычек, выясняют, страдают ли заболеваниями пародонта ближайшие родственники. При необходимости больной консультируется у терапевта, эндокринолога, невропатолога, аллерголога.

При клиническом исследовании пародонта учитывают состояние преддверия полости рта (правильность прикрепления уздечек губ, глубину преддверия), зубов и зубных рядов, окклюзионные взаимоотношения, наличие местных раздражающих факторов, обращают внимание на качество имеющихся протезов.

При наличии патологии прикуса часто развиваются изменения в пародонте, особенно при глубоком резцовом перекрытии. Собирая анамнез, выясняют наличие бруксизма, который может привести к тяжелым генерализованным процессам в пародонте.

При осмотре десны обращают внимание на ее состояние: цвет, консистенцию, рельеф десневого края, сохранность зубодесневого соединения. При остром воспалении десна ярко-красная. Синюшность характерна для хронических воспалительных процессов, диабета. Бледная десна при анемии, кератозах. В норме десна зуба упругая, при патологии – рыхлая или уплотненная. В норме межзубные сосочки остроконечные, при хроническом воспалении десневой край становится фестончатым. При нарушении целостности зубодесневого соединения образуется патологический зубодесневой карман, если он выходит за пределы десны, то

образуется пародентальный карман. Определяют отсутствие или наличие кровоточивости, отека, локализацию поражения, отмечают атрофические и гипертрофические процессы.

Различают истинные и ложные карманы. При ложном кармане целостность зубодесневого соединения не нарушена, глубина кармана увеличивается за счет гипертрофии или отечности десны. Глубину пародонтального кармана измеряют градуированным зондом, тонкой гладилкой. Глубина определяется от десневого края до наиболее глубокой точки, измерения проводятся с медиальной, дистальной, наружной и внутренней поверхности зуба.

Для объективной оценки состояния тканей пародонта, оценки динамики развития заболевания и эффективности проводимого лечения применяют индексы ПМА и ПИ.

Индексы ПМА (РИА) – капиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (Parma, 1966 г., Mossier, 1967 г.) – индекс гингивита.

Десну на вестибулярной поверхности разделяют на 3 участка: десневой сосочек, десневой край, альвеолярная десна зуба.

Состояние десен оценивают в области каждого зуба:

- воспаление десневого сосочка (П или Р) – 1;
- воспаление десневого края (М) – 2;
- воспаление альвеолярной десны (А) – 3;

Пародентальный индекс – ПИ (Russell, 1956). Предназначен для выявления развившихся форм патологии. Он отражает воспаление десны, образование карманов с последующей резорбцией альвеолярной кости, фактическую потерю зуба. При определении индекса осматривают все зубы, кроме зубов мудрости. Оценивают состояние десны вокруг каждого зуба по шкале от 0 до 8. Индекс определяют делением суммы баллов на число обследованных зубов.

Этиология заболеваний пародонта

Заболевания пародонта – воспалительный процесс, в развитии которого существенная роль принадлежит микроорганизмам зубной бляшки на маргинальном крае десны. Зубная бляшка – это вязкая прозрачная пленка на поверхности зуба, состоящая из слюны, микроорганизмов, а также продуктов их жизнедеятельности. Остатки пищи прилипают к зубной бляш-

ке, и образовавшаяся масса из слюны и пищевых остатков привлекает большое количество различных микробов, которые питаются и размножаются на ней. Однако если кариес возникает только при наличии в зубной бляшке сахара, то для развития заболеваний пародонта это необязательно. Любой вид остатков пищи приводит к быстрому увеличению количества микроорганизмов в зубной бляшке, вызывающих заболевания пародонта.

Зубная бляшка может быть удалена при тщательной чистке, но при отсутствии адекватной гигиены она уплотняется в связи с постоянным нарастанием популяции микроорганизмов на питательной среде бляшки. Зубная бляшка может располагаться как над краем десны, так и под ним. Затем могут произойти минерализация бляшки и образование зубного камня.

Зубной камень – это твердое образование, чаще всего встречающееся на язычной поверхности резцов нижней челюсти. Для его формирования необходимы два фактора: зубная бляшка и слюна. Происходит минерализация зубной бляшки, и образуется зубной камень, который может быть определен как твердая бляшка.

Другие возможные причины заболеваний десен: генетика, неправильный образ жизни, диеты с низким содержанием питательных веществ, курение, использование бездымного табака, аутоиммунные или системные заболевания, диабет, гормональные изменения в организме, бруксизм (непрерывное стискивание зубов), некоторые виды лекарств.

Симптомы заболевания пародонта

Наиболее распространенные симптомы заболевания десен: мягкие, красные и опухшие десны, кровотечение при чистке зубов, опускание десен, появление свободных мест между зубами, стойкое пахучее дыхание, появление гноя между зубами и деснами, изменение прикуса и смещение челюсти.

Гингивит

Гингивит – это воспаление десны. При гингивите чаще всего воспаляется только краевая часть десны, непосредственно прилегающая к зубу, а также межзубные десневые со-

тозный внешний вид. Отмечается выраженная кровоточивость, когда десна начинает кровоточить при малейшем прикосновении или попытке приема твердой пищи.

При фиброзной форме гипертрофического гингивита десна уплотняется, но при этом остается относительно безболезненной, имеет нормальный или почти нормальный цвет. Кровоточивость при этом отсутствует, нет и грануляций. Течение фиброзного гингивита относительно стабильное и длительное, без резких колебаний характера развития болезни.

Лечение гипертрофического гингивита направлено на снижение кровоточивости (применяют викасол местно и внутрь), противовоспалительные средства (галаскорбин), а также химические и физические способы прижигания разросшейся ткани. При неэффективности указанных методов лечения гипертрофированные ткани удаляют хирургическим путем с последующим назначением местной и общей терапии.

Атрофический гингивит

Хотя причины, по которым возникает атрофический гингивит, до конца не выяснены, принято считать, что процесс этот носит дистрофический характер, связанный с определенными нарушениями трофики (питания, кровоснабжения) зубочелюстного аппарата, и является начальным признаком более серьезных нарушений (пародонтоз). При атрофическом гингивите симптомы заключаются в существенном уменьшении объема десны при наличии воспалительного процесса. Сосочки десны постепенно уменьшаются в объеме и исчезают полностью, оголяются шейки и корни зубов. При этом цвет десны не отличается от нормального, может возникать небольшая бледность. Появляется температурная чувствительность к горячей и слишком холодной пище. Воротами ее попадания в организм может стать травматическое поражение слизистой оболочки рта либо гематогенный занос инфекции из несанированного очага, имеющегося в другом органе или системе. При этом на фоне атрофии порой развивается и язвенно-некротический гингивит.

Язвенно-некротический гингивит

Такой гингивит имеет официальное название язвенно-некротический гингивит Венсана, или просто гингивит Вен-

сана, гингивит язвенный. Различают острую и хроническую формы этого заболевания.

Причины возникновения: так же, как и при катаральном гингивите, значительную роль в развитии этой формы гингивита играет плохая гигиена полости рта. По сути язвенно-некротический гингивит является следствием невылеченного катарального гингивита. Увеличение массы микробного налета, и особенно фузобактерий и спирохет, приводит к изъязвлению и некрозу десны. Как правило, это случается на фоне резкого снижения иммунитета или тяжелых сопутствующих хронических заболеваний организма.

Симптомы: десна покрыта белесоватым или желтоватым налетом, имеются участки изъязвления десны, десневые сосочки некротизированы. Больные также жалуются на высокую температуру (38–39 градусов), потерю аппетита, головные боли, гнилостный запах изо рта, боли в деснах, кровоточивость десен.

Лечение катарального гингивита состоит из следующих этапов:

1) *Удаление твердых зубных отложений.* Это самый важный шаг в лечении катарального гингивита, т.к. именно мягкие и твердые зубные отложения, состоящие из патогенных микроорганизмов, являются причиной гингивита. Поэтому вылечить воспаление без удаления причинного фактора (зубных отложений) попросту невозможно. Снимаются зубные отложения при помощи ультразвука на приеме у стоматолога. После снятия отложений зубы обязательно полируются, иначе на шершавые зубы опять быстро налипнет зубной налет. Полировка может проводиться сразу же после снятия зубных отложений, либо через какое-то время (если десна сильно воспалена и кровоточит при малейшем прикосновении).

2) *Противовоспалительная терапия.* После снятия зубных отложений необходимо провести курс противовоспалительной терапии. Для этого может использоваться большое количество различных средств, которые могут применяться как на визите к стоматологу (промывание антисептическими растворами из шприца, аппликации, лечебные

пародонтальные повязки и т.д.), так и в домашних условиях (полоскания, ванночки, аппликации).

Стоматологи обычно назначают следующие препараты для лечения гингивита: антисептические полоскания и противовоспалительные гели:

- полоскания 0,05% раствором хлоргексидина (инструкция к препарату);
- аппликации «Холисал-гелем» (инструкция к препарату).

Алгоритм действий: утром, после еды и гигиены полости рта необходимо сначала прополоскать рот раствором хлоргексидина в течение 1 минуты. После полоскания нужно подсушить слизистую марлевым тампоном, далее выдавить гель на палец и перенести гель на краевую десну вокруг зубов (как изнутри, так и снаружи). После нанесения геля желательно 2–3 часа не есть, рот не полоскать. Пить можно. Гель содержит анис, поэтому будет более активное слюноотделение, слюну можно глотать как обычно. Такую обработку повторить вечером перед сном.

3) *Санация полости рта.* Пораженные кариесом зубы – отличный источник инфекции. Поэтому после снятия острых явлений гингивита желательно в короткий срок пролечить все кариозные зубы.

4) *Обучение гигиене полости рта.* При сохранении того же уровня гигиены, который привел к воспалению, успеха в лечении не будет, или он будет кратковременным. Поэтому нормализация гигиены – это залог не только излечения, но и профилактика новых случаев гингивита.

Лечение гипертрофического гингивита

В начале лечения необходимо провести удаление зубных отложений и противовоспалительную терапию.

Если эффект от этих мероприятий незначительный, то применяют склерозирующую терапию: на фоне обезболивания вводят в отечные десневые сосочки склерозирующий раствор. Обычно используют 40% р-р глюкозы, 25% р-р сульфата магния, 10% р-р хлорида кальция. В каждый сосочек вводят по 0,1–0,2 мл раствора. Курс – 3 или 4 инъек-

ции в каждый десневой сосочек. Промежутки между сериями инъекций обычно 1–2 дня.

Язвенно-некротический гингивит лечится путем удаления зубного налета, обработки язвенных дефектов растворами местноанестезирующих (лидокаин) и антибактериальных (хлоргексидин, метронидазол) препаратов, а также назначения курса общей терапии. Помимо этого, может потребоваться некрэктомия (хирургическое удаление участков мертвой ткани) либо использование аппликаций с ферментами (трипсин, химотрипсин) для их самостоятельного рассасывания.

Пародонтит

Пародонтит – это воспаление всех окружающих зуб тканей, сопровождающееся разрушением и убылью костной ткани, а также разрушением зубо-десневого прикрепления.

Пародонтит может быть локализованным в области одного или нескольких зубов, а также иметь генерализованный характер (в области всех зубов).

Причины развития локализованного пародонтита:

– нависающие края пломб в межзубных промежутках, что приводит к травме межзубных сосочков, а также создает условия для задержки пищевых остатков в таких межзубных промежутках и для развития воспаления;

– нависающие края искусственных коронок или мостовидных протезов, травмирующие десну;

– плохо изготовленные съемные протезы, травмирующие десну;

– физическая травма (удар);

– окклюзионная травма (патология прикуса).

Причины развития генерализованного пародонтита:

Генерализованная форма пародонтита, т.е. когда воспаление есть в области всех или большинства зубов, развивается вследствие плохой гигиены полости рта, наличия большого количества над- и поддесневых зубных отложений. Токсины, выделяемые микроорганизмами зубного налета, запускают цепь воспалительных реакций в деснах, которые приводят к разрушению прикрепления зуба к кости, костной ткани и т.д.

Симптомы пародонтита

Симптоматика локализованной и генерализованной формы пародонтита мало чем отличаются, разница только в причинах возникновения воспаления и в количестве зубов, у которых развивается воспаление. Симптомы генерализованного пародонтита будут зависеть от степени выраженности воспаления. Принято выделять следующие стадии пародонтита:

Пародонтит легкой степени:

– визуально определяется большое количество мягкого зубного налета, твердых зубных отложений, включая поддесневые зубные камни;

– отмечается воспаление краевой десны, десневых сосочков: десна выглядит ярко-красной или синюшной;

– воспаленная десна легко кровоточит, например, при чистке зубов;

– костная ткань вокруг зубов начинает рассасываться. Атрофия кости достигает $1/4-1/5$ длины корня, что хорошо видно на рентгенограммах;

– имеются пародонтальные карманы глубиной до 3,5 мм, из которых выделяется серозно-гнойный экссудат.

Пародонтит средней степени тяжести

Происходит дальнейшее нарастание симптомов:

– количество пародонтальных карманов увеличивается, а их глубина достигает 5 мм. Выделение серозно-гнойного экссудата из них становится более выраженным;

– атрофия костной ткани вокруг зубов достигает $1/3-1/2$ длины корней;

– атрофия кости приводит к появлению подвижности зубов (1–2 степени, т.е. умеренной подвижности);

– часто происходит оголение шеек зубов и корней или, возможно, наоборот – воспалительное разрастание десны по типу гипертрофического гингивита;

– при обострении хронического воспаления могут возникать пародонтальные абсцессы (гнойники в деснах);

– часто на этом этапе возникают вторичные деформации зубных рядов – зубы начинают «разъезжаться», т.к. ослабленные ткани, удерживающие зубы в кости, не выдерживают жевательного давления. Особенно это заметно в области передних зубов;

– ухудшается общее состояние больных: появляется повышенная утомляемость, слабость, также происходит снижение иммунитета и частые простудные заболевания.

Пародонтит тяжелой степени

Происходит дальнейшее нарастание симптомов:

– часто возникают обострения, которые сопровождаются образованием абсцессов, резким припуханием десен, болями в них, увеличением подвижности зубов.

– глубина пародонтальных карманов может достигать 5–6 мм и вплоть до верхушки корня;

– атрофия костной ткани может достигать $2/3$ и более длины корня;

– подвижность зубов достигает 3–4 степени (сильная подвижность);

– при тяжелой форме больные начинают страдать не только от местных симптомов, но также жалуются на слабость, недомогание, плохой сон, аппетит, обострение хронических заболеваний внутренних органов и т.д. Особенно сильно ухудшается состояние больных сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми, гормональными, ревматоидными заболеваниями.

Диагностика пародонтита должна учитывать не только симптоматику и жалобы пациентов, но и обязательное рентгенографическое исследование. Как правило, при пародонтите проводят панорамную рентгенографию (ортопантомограмма). На таком панорамном снимке видны сразу все зубы и степень атрофии костной ткани у каждого зуба.

Лечение пародонтита выполняется терапевтическими или хирургическими методами. При легкой степени заболевания в обязательном порядке удаляется зубной камень и назначаются препараты, устраняющие воспаление. Хирургическое лечение пародонтита в первую очередь направлено на очищение и устранение зубодесневых карманов. С этой целью используется метод открытого или закрытого кюретажа: открытый кюретаж позволяет проникать в более глубокие слои пародонта за счет отслаивания десны и ее последующего ушивания после процедуры. Если глубина пародонтальных карманов превышает 6 мм, то для эффективного лечения пародонтита выполняется лоскутная

операция, в процессе которой для очищения карманов снимается верхний лоскут десны, который после процедуры зашивается.

Основные методы профилактики пародонтита – это регулярная чистка зубов, потребление жесткой пищи для обеспечения нагрузки на весь жевательный аппарат и незамедлительное посещение стоматолога при появлении любого из характерных симптомов пародонтита. Профилактика пародонтита необходима и для предотвращения обострений во время хронического протекания заболевания. В этом случае также рекомендованы тщательная гигиена полости рта, включение в рацион жесткой и растительной пищи, своевременное удаление зубных камней и посещение стоматолога для контроля состояния полости рта.

Пародонтоз

Пародонтоз – это системное поражение тканей десны с атрофией альвеолярных отростков, которое обычно начинает проявляться в среднем возрасте и усугубляется с годами. Пародонтоз поражает опорную часть зуба, а его типичными проявлениями являются дискомфорт при жевании, оседание десны, ощущение подвижности зубов, обнажение шейки зубов и повышение их чувствительности к холодному и горячему. При отсутствии квалифицированного лечения возрастает риск потери зубов. В отличие от пародонтита пародонтоз не является воспалительным заболеванием, так как развивается вследствие нарушения развития организма. Чаще всего основной, непосредственной причиной пародонтоза является атрофия альвеолярных отростков, что ведет к равномерному опусканию десны, оголению шеек зубов при сохранении их устойчивости. При пародонтозе отсутствуют кровоточивость десен и воспаление десен, образование патологических пародонтальных карманов, расшатывание зубов и, как правило, минимален неприятный запах изо рта.

Основные причины развития пародонтоза:

– неблагоприятная наследственная предрасположенность;

– ряд системных заболеваний организма (заболевания сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, щитовидной железы и т.д.);

– сахарный диабет;

– хронические болезни некоторых внутренних органов.

Основные симптомы пародонтоза:

– атрофированные альвеолярные отростки;

– оголенные шейки зубов без развития воспалительных процессов, кровоточивости десен и выделения гноя;

– повышенная чувствительность шеек зубов к температурным и химическим раздражителям;

– ощущение зуда в деснах;

– отсутствие расшатывания зубов, сохранение их прочного положения в лунке;

– незначительное количество зубного налета;

– недостаточное кровоснабжение тканей пародонта.

В отличие от пародонтита, глубина патологических десневых карманов незначительная (они могут и отсутствовать), а подвижность зубов появляется только на поздних стадиях пародонтоза. Общее лечение пародонтоза подразумевает, в первую очередь, стимуляцию иммунитета, противовоспалительное и общеукрепляющее воздействие для повышения регенерации тканей. Необходимы консультации терапевта, эндокринолога, иммунолога, невролога и других специалистов. Местное лечение пародонтоза включает в себя прежде всего мероприятия по снижению воспалительного процесса. Иногда прибегают к хирургическим методам лечения пародонтоза для устранения патологических образований. Проводятся также ортопедические методы лечения, включающие в себя использование протезов и аппаратов для фиксации подвижных зубов, снижение нагрузки на пораженные зубы, восстановление утраченной функции зубов.

Физиотерапевтические методы лечения пародонтоза направлены на устранение микробного фактора и улучшение обменных процессов в тканях пародонта. Для улучшения кровообращения при лечении пародонтоза используется метод вакуумтерапии. Чаще всего стоматологи имеют дело с пародонтозом средней степени тяжести, когда сильно крово-

точат десны, появляется подвижность зубов, неприятный запах изо рта. Здесь очень хороший результат дает кюретаж десневых карманов – современный нехирургический метод чистки поддесневых зубных отложений: под местной анестезией удаляются инфицированные ткани патологического кармана и полируется поверхность корня зуба. После этого десна снова «прилипает» к его гладкой поверхности.

Самая запущенная форма заболевания – пародонтоз тяжелой степени. На этом этапе требуется уже серьезное хирургическое вмешательство – удаление наиболее пораженных зубов и либо открытый кюретаж карманов, либо лоскутная операция.

Профилактика пародонтоза

Лучшее лечение пародонтоза – профилактика пародонтоза: систематическое посещение стоматолога, правильное питание, прием витаминов, правильная гигиена полости рта, специальная гимнастика для зубов.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какая классификация заболевания пародонта используется в клинике?
2. Какие диагностические признаки гингивита вы знаете?
3. Что характерно для клиники хронического катарального гингивита?
4. Каковы клинические проявления гипертрофического гингивита?
5. Что способствует развитию язвенно-некротического гингивита Венсано?
6. Назовите методы лечения гипертрофического гингивита.
7. Назовите жалобы при остром и хроническом пародонтите.
8. Какова клиническая картина пародонтитов легкой, средней и тяжелой степени?
9. Что характерно для пародонтоза?
10. Как планируется лечение пародонтоза?

Заболевания слизистой оболочки полости рта

Поражения слизистой оболочки полости рта носят, как правило, локальный характер и могут проявляться местными и общими признаками (головными болями, общей сла-

бостью, повышением температуры тела, отсутствием аппетита).

Заболевания слизистой оболочки полости рта могут быть первичными или же являться симптомами и следствием других патологических процессов в организме (аллергических проявлений, заболеваний крови и желудочно-кишечного тракта, различных авитаминозов, гормональных нарушений и нарушений обмена веществ).

Все заболевания слизистой оболочки полости рта воспалительной этиологии названы термином «стоматиты». Если в процесс вовлечена только слизистая оболочка губ, то говорят о хейлите, языка – о глоссите, десен – о гингивите, нёба – о палатините.

Одним из наиболее определяющих факторов в возникновении воспалительного процесса в слизистой оболочке полости рта считается наличие системного заболевания, снижающего общую резистентность к действию бактериальной флоры; риск развития стоматита возрастает при имеющихся заболеваниях желудка, кишечника, печени, сердечно-сосудистой системы, костного мозга и крови, желез внутренней секреции.

Таким образом, состояние слизистой оболочки полости рта часто является отражением состояния всего организма, а ее оценка – важным мероприятием, позволяющим вовремя заподозрить то или иное заболевание и направить больного к соответствующему специалисту.

Наиболее распространена классификация, предложенная А.И. Рыбаковым и дополненная Е.В. Боровским, в основу которой положен этиологический фактор. Согласно этой классификации различают:

1) травматические стоматиты (развиваются вследствие действия механического, химического, физического раздражителя на слизистую оболочку);

2) симптоматические стоматиты (являются проявлениями заболеваний других органов и систем);

3) инфекционные стоматиты (к ним относятся патологические процессы, развивающиеся при кори, дифтерии, скарлатине, гриппе, малярии и др.);

4) специфические стоматиты (поражения, возникающие при туберкулезе, сифилисе, грибковых инфекциях, токсических, лучевых, лекарственных поражениях).

Существует также классификация стоматитов по клиническим проявлениям: *катаральные, язвенные и афтозные*. Такая классификация более удобна для изучения патологических изменений и особенностей отдельных форм стоматитов.

Катаральный стоматит является наиболее распространенным поражением слизистой оболочки полости рта; развивается в основном при несоблюдении гигиенических мероприятий, отсутствии ухода за полостью рта, что приводит к появлению массивных зубных отложений и разрушению зубов. Причинами могут быть также хронический гастрит, дуоденит, колит, различные гельминтозы. Клинически катаральный стоматит проявляется выраженной гиперемией и отеком слизистой оболочки, ее инфильтрацией, наличием на ней белого налета, который затем приобретает коричневую окраску; характерна припухлость и кровоточивость десневых сосочков. Как и большинство воспалительных заболеваний полости рта, стоматит сопровождается наличием неприятного запаха изо рта, лабораторно определяется большое количество лейкоцитов в соскобе со слизистой оболочки.

Лечение катарального стоматита должно быть этиотропным: необходимо удаление отложений зубного камня, сглаживание острых краев зубов. Для ускорения заживления слизистую обрабатывают 3% раствором перекиси водорода, полость рта несколько раз в день прополаскивают теплыми растворами ромашки или календулы. Пища должна быть механически, химически и термически щадящей. При соблюдении этих условий явления стоматита быстро проходят.

Течение **язвенного стоматита** более тяжелое, болезнь может развиваться самостоятельно или быть следствием запущенного катарального стоматита (при несвоевременном обращении за медицинской помощью, неправильном лечении). Чаще всего язвенный стоматит возникает у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

или хроническим энтеритом в период обострения, может наблюдаться также при заболеваниях системы крови, некоторых инфекционных заболеваниях, отравлении солями тяжелых металлов. При язвенном стоматите, в отличие от катарального, патологический процесс затрагивает не только поверхностный слой слизистой оболочки рта, но всю ее толщу. При этом образуются некротические язвы, проникающие глубоко в подлежащие ткани; эти участки некроза могут сливаться между собой и образовывать обширные некротические поверхности. Возможен переход некротического процесса на костную ткань челюстей и развитие остеомиелита.

Клинические проявления при язвенном стоматите схожи с таковыми при катаральном (неприятный запах изо рта, гиперемия и отечность слизистой), но отличаются более яркой выраженностью, появлением общей интоксикации: головной боли, слабости, повышенной температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$. Примерно на 2–3-й день заболевания на отдельных участках слизистой оболочки рта образуются беловатые или грязно-серые налеты, покрывающие изъязвленную поверхность. Слюна приобретает вязкую консистенцию, запах изо рта – гнилостный. Любое раздражение слизистой оболочки вызывает резкую болезненность. Заболевание сопровождается увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов. В общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз и повышение уровня СОЭ.

Лечение следует начинать как можно скорее. Местно для орошения применяются антисептические и дезодорирующие средства: 3% раствор перекиси водорода, раствор фурациллина (1: 5000), этакридина лактат (риванол), эти препараты можно комбинировать различными способами, но наличие перекиси водорода и перманганата калия в любых схемах обязательно. Для устранения болевых ощущений применяют аэрозоль пропосола, мази и присыпки с анестезином, внутриротовые ванночки с 2–4% раствором новокаина. Одновременно проводятся мероприятия по устранению признаков общей интоксикации, витаминотерапия, пища назначается щадящая, с высокой энергетической цен-

ностью. При необходимости применяются также антибиотики, антигистаминные препараты, хлорид кальция. Если лечение начато вовремя и проводилось правильно, то язвенные поверхности эпителизируются через 8–10 дней, после чего требуется провести тщательную санацию полости рта.

Острый афтозный стоматит. Для этого заболевания характерно появление на слизистой оболочке рта единичных или множественных афт. Наиболее часто оно поражает людей, страдающих различными аллергиями, ревматизмом, болезнями желудочно-кишечного тракта, подвергшихся атаке вирусной инфекции.

Первые симптомы начинающегося афтозного стоматита – общее недомогание, повышение температуры, апатия и подавленность, сопровождающиеся болевыми ощущениями во рту, в общем анализе крови отмечается небольшая лейкопения и повышение СОЭ до 45 мм/ч. Затем на слизистой оболочке полости рта появляются афты – небольшие (с чечевичное зерно) очаги округлой или овальной формы, четко отграниченные от здоровых участков узкой красной каймой, в центре они покрываются серовато-желтым налетом, обусловленным отложением фибрина.

В своем развитии они проходят четыре стадии: продромальную, афтозную, язвенную и стадию заживления. Афты могут заживать самостоятельно, без рубца. В лечении афтозного стоматита местно назначается ополаскивание полости рта дезинфицирующими растворами. Для обезболивания применяется взвесь 10% анестезина в масле или аэрозоль пропосола. Общее лечение подразумевает назначение антибиотиков (биомицина, тетрациклина), антигистаминных препаратов, противовоспалительных средств. В некоторых случаях возможно применение глюкокортикостероидов. Диета больному назначается щадящая. Иногда (чаще у больных, страдающих хроническими заболеваниями толстого кишечника) афтозный стоматит может принять хроническое течение. В этом случае острые проявления патологического процесса могут отсутствовать, афты появляются в небольшом количестве, периоды обострения приходятся чаще на весну и осень и длятся около 7–10 дней.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта (СОПР), характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с высыпанием афт. Этиология и патогенез ХРАС до сих пор еще точно не выяснены. Наиболее ранним взглядом на причину возникновения стоматита следует считать теорию механического раздражения СОПР.

Лечение. Афтозный стоматит требует назначения десенсибилизирующих (противоаллергических) препаратов. К их числу относят супрастин, тавегил, кларитин, диазолин и великое множество аналогичных препаратов, которые очень широко представлены в аптеках. Курс лечения 10–12 дней.

В самом начале и середине заболевания показаны антисептические полоскания препаратом «Мирамистин», а также обработка поверхности афт Холисал-гелем, имеющим противовоспалительный и обезболивающий эффект. Обработку тем и другим средством проводят 4 раза в день (гель наносят уже после полоскания, причем слизистую перед нанесением геля желательно подсушить марлевым тампоном).

После исчезновения острых симптомов и болезненности применяют эпителизирующие средства, как например, Актовегин-гель. Этот препарат позволяет дефектам слизистой быстрее зажить.

Обязательная санация полости рта – афтозный стоматит может вызываться стафилококком – это патогенный микроорганизм, который массово присутствует в кариозных зубах и зубных отложениях. Поэтому все кариозные дефекты должны быть вылечены, зубные отложения сняты, а пациента нужно обучить правильной гигиене полости рта.

Афты Беднара, описанные им в 1850 г., наблюдаются исключительно у детей в первые месяцы жизни и являются скорее травматическими эрозиями, вызванными плохим гигиеническим состоянием полости рта и грубыми механическими протираниями слизистой оболочки неба. Эрозии располагаются на слизистой оболочке неба, ближе к сред-

ней линии, и покрыты беловато-желтым налетом. Афты Беднара не имеют ничего общего с рецидивирующим афтозным стоматитом у взрослых.

Травматическая язва. Язва в полости рта чаще всего является следствием какого-либо физического воздействия и рассматривается как травматическая. Первичное повреждение может наблюдаться в виде рваной раны, ссадины или термического ожога, перерастающих в типичную неспецифическую язву. Большинство травматических язв возникают в результате аутогенных травм, таких как преднамеренные и нечаянные укусы слизистой либо повреждения, нанесенные зубной щеткой, а в некоторых случаях от травм, нанесенных врачом в процессе лечения (при неаккуратной работе с ручными или вращающимися инструментами, при использовании оттисковых ложек большого размера с острыми краями, заостренных временных коронок либо при неправильной установке отсасывающих устройств). Кроме того, часто встречаются травматические язвы, обусловленные воздействием полных или частичных протезов. Независимо от причины образования травматические язвы чаще всего имеют овальную плоскую форму и максимальный диаметр до 1 см. Эритематозная кайма окружает желто-белый струп, находящийся в основании язвы.

Как правило, процесс заживления типичной травматической язвы продолжается 10–14 дней при устранении травмирующего фактора. Для травматических язв большого размера применяется местная анестезия и назначаются противомикробные и противовоспалительные средства.

Проявления общих заболеваний на слизистой оболочке полости рта

Туберкулез слизистой рта развивается в результате проникновения микобактерий туберкулеза через поврежденный эпителий, чаще всего служит вторичным проявлением туберкулеза легких. Поражаются главным образом постоянно травмируемые участки слизистых оболочек щек, языка, дна полости рта. На месте внедрения микобактерий возникают типичные туберкулезные бугорки. После их распада вначале образуется небольшая язва, которая затем уве-

личивается. Язва не очень глубокая, ее дно зернистое, покрыто легко кровоточащими грануляциями, края неровные, подрытые, отечные и мягкие на ощупь.

При локализации язвы на переходной складке она может иметь щелевидную форму. Больные жалуются на резкую болезненность язвы и увеличенные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Общее состояние больных тяжелое: наблюдаются исхудание, повышенная потливость, субфебрильная температура тела.

Опоясывающий лишай (*Herpes zoster*) вызывается особым видом вируса, близким к вирусу ветряной оспы. Полагают, что вирус опоясывающего лишая отличается нейротропными свойствами и распространяется по нервным стволам, развиваясь первично в позвоночных ганглиях. Вирус передается контактным или воздушно-капельным путем. Чаще заболевание возникает осенью и зимой. Оно проявляется недомоганием, головной болью, ознобом, повышением температуры тела до 38–39 °С. Как правило, высыпания на слизистой оболочке сопровождаются одновременно высыпаниями на коже лица и шеи.

В полости рта, чаще на фоне обычной или слегка отечной и гиперемированной слизистой, появляются множественные пузырьки диаметром не более 1–2 мм, располагающиеся в виде цепочки или гирлянд. Пузырьки одновременно лопаются, возникают эрозии, сначала свободные, а затем покрытые незначительным количеством фибринозного налета с ишеремированным ободком (типа афт). Эрозии резко болезненны и почти никогда не сливаются. Наряду с поражением слизистой оболочки может происходить поражение красной каймы губ, кожи соответственно зоне иннервации ветвей тройничного нерва. На месте пузырьков образуются корочки. Поражения слизистой оболочки сопровождаются сильной болезненностью, усиливающейся при еде, разговоре. Регионарные лимфоузлы увеличены, возможно развитие лимфаденита.

Герпетический гингивостоматит – это поражение слизистой оболочки полости рта, вызванное вирусом простого герпеса. Клинически в полости рта герпетическая

инфекция проявляется в двух формах: 1) острый герпетический гингивостоматит – первичная герпетическая инфекция; 2) хронический рецидивирующий герпес. Острый герпетический стоматит (ОГС) занимает одно из первых мест среди заболеваний слизистой оболочки рта у детей, хотя может встречаться и у взрослых, которые не болели герпесом. ОГС, протекая по типу инфекционного заболевания, имеет пять периодов: инкубационный, продромальный, период разгара болезни, период угасания и период выздоровления.

Характерным элементом поражения слизистой рта при ОГС является афта, возникающая на фоне катарального воспаления слизистой. Афта – поверхностный дефект эпителия округлой или овальной формы диаметром 0,3–0,5 мм, расположенный на воспаленном участке слизистой. По периферии афта окружена ярко-красным гиперемизованным ободком, покрыта фибринозным выпотом, который придает элементу поражения белый или желтоватый оттенок. Заживает афта без рубцевания.

Заболевание контагиозно. Оно протекает остро, с выраженным нарушением общего состояния и местными симптомами, в зависимости от которых выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы болезни.

Среднетяжелая форма заболевания характеризуется четко выраженными симптомами токсикоза. Температура тела повышается до 38–39 °С, нарушается сон, отсутствует аппетит, появляется слабость, могут быть проявления катаральной ангины или симптомы острого респираторного заболевания. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны. В период разгара заболевания на фоне пика подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой появляются множественные элементы поражения, которые имеют тенденцию к рецидивированию и высыпают не только на слизистой полости рта, но и на коже приротовой области. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкой и тягучей. Отмечаются ярко выраженный гингивит и кровоточивость десен. В полости рта наблюдается обычно от 10 до 25 элементов поражения.

Продолжительность периода угасания болезни зависит от сопротивляемости организма, наличия в полости рта кариозных зубов, нерациональной терапии. После выздоровления от первичной герпетической инфекции у некоторых больных развивается хроническая форма заболевания, протекающая с периодическими рецидивами.

Хронический рецидивирующий герпес (ХРГ) встречается у лиц разного пола и возраста. Длится от нескольких лет до десятилетий, частота рецидивов составляет от 1–3 раз в год до 1–2 раз в месяц и более.

При постановке диагноза заслуживают внимания анамнестические данные: рецидивы следуют за острыми респираторными заболеваниями, ангинами, ринитами, протекающими с высокой температурой, и за другими проявлениями острой вирусной инфекции дыхательных путей. Довольно часто очередной рецидив заболевания связан с местной травмой слизистой рта, переохлаждением. В отличие от ОГС при рецидивирующих формах общие симптомы отсутствуют.

Обострение ХРГ характеризуется тем, что на слизистой рта у большинства больных после кратковременного (до суток) чувства жжения появляется 5–10 и более мелких участков некроза эпителия диаметром до 1–2 мм. Элементы поражения обычно располагаются группами, чаще на слизистых губ, языка, нёбе. Могут быть сочетанные поражения слизистой рта и кожи лица.

Часто ХРГ принимают за рецидивирующий афтозный стоматит (РАС). Но у них имеется ряд отличительных признаков:

1. Обострению ХРГ сопутствуют ОРЗ. Рецидивы же РАС чаще сопровождаются заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

2. Рецидивы ХРГ начинаются с пузырьной стадии, а РАС – чаще с эритематозной, и сразу же развиваются афты.

3. При герпетическом стоматите элементы поражения чаще сгруппированы, имеют малые размеры (диаметр 1–2 мм) и возникают одновременно в большом количестве, при афтозных – в основном одиночные, диаметром более 3 мм, разбросаны.

4. При герпетическом стоматите довольно часты сочетанные поражения слизистой полости рта и кожных покровов, при афтозных – лишь как исключение.

Лечение герпетических гингивостоматитов. Лечение больных с герпетическими гингивостоматитами должно проводиться с учетом этиологии и патогенеза этих заболеваний. Оно должно быть комплексным и включать препараты как местного, так и общего действия, в зависимости от клинических форм.

Местное лечение предусматривает:

1) обезболивание слизистой полости рта (лидокаин, пропосол, натрия уснинат с анестезином и др.);

2) обработку антисептическими растворами (0,5% раствор атофия, 0,02% раствор хлоргексидина, 0,5% раствор натрия мефенамината, настои трав и др.);

3) обработку протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин, панкреатин и др.);

4) противовирусное лечение в течение 3–4 дней от начала заболевания (мази 50% интерфероновая, 0,5% бонафтоновая, 0,5% алпизариновая и др.);

5) аппликация средств, способствующих эпителизации с 4-го дня заболевания (каротолин, мазь каланхоэ, масло шиповника, облепихи, солкосерил и др.).

Задачи общей терапии: снятие сенсibilизации и стимуляцию общей иммунологической реактивности организма. В качестве десенсибилизирующих средств назначают димедрол, супрастин, тавегил, фенкарол и др. Из иммуностимулирующих препаратов эффективен метилурацил и натрия нуклеинат.

Для повышения резистентности организма к инфекциям верхних дыхательных путей как одному из факторов провокации ХРГ целесообразно назначение витамина С, аскорутина. В качестве противорецидивных средств используют интерферон, левамизол, бонафтон, алпизарин, вакцину. При всех способах лечения герпетических стоматитов необходимы щадящая высококалорийная диета, обильное питье, обязательна санация полости рта.

Корь вызывается фильтрующимся вирусом. Для кори характерно образование в продромальном периоде на слизистой оболочке щек пятен Филатова–Коплика. За 2–3 дня до появления сыпи на коже на фоне ограниченной эритемы неправильной формы возникают беловато-желтые пятнышки величиной с булавочную головку. Эти белые точки несколько возвышаются над уровнем слизистой и на ощупь имеют более плотную консистенцию. Наиболее частая локализация пятен – задние отделы слизистой щек. Пятна не удаляются при попытке снять их шпателем и исчезают еще до появления общей коревой сыпи на коже. Пятна Филатова–Коплика настолько типичны, что спутать их с другими поражениями слизистой трудно. Распознавание этих пятен позволяет провести раннюю диагностику кори и своевременно изолировать больного ребенка.

Сифилис – это хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является бледная трепонема. Заражение происходит через кожу и слизистые оболочки путем прямого контакта или через различные предметы.

В течении сифилиса различают четыре периода: инкубационный, первичный, вторичный и третичный.

Инкубационный период длится 21–24 дня.

Для первичного сифилиса характерна безболезненная, плотная язва на месте внедрения спирохеты. Этот период продолжается 6–8 недель. *Развитие первичной сифиломы* (твердый шанкр) в полости рта начинается с появления на слизистой небольшой ограниченной красноты, которая вскоре становится более интенсивной и переходит в уплотнение в результате образования воспалительного инфильтрата. Ограниченное уплотнение увеличивается в размере и достигает обычно 2–3 см в диаметре. В центральной части инфильтрата происходит мацерация и образуется эрозия мяско-красного цвета. Достигнув полного развития, твердый шанкр представляет безболезненное, возвышающееся над уровнем слизистой образование хрящевидной плотности с блюдцеобразной эрозией в центре. При травмировании и присоединении вторичной инфекции эрозия углубляется с образованием язвы. Язва имеет округлую или овальную форму с приподнятыми ровными краями, с хрящеподобным специфическим инфильтратом. Дно язвы ярко-красного

цвета, блестящее или покрытое серовато-темным «сальным» налетом, безболезненное.

Твердый шанкр может располагаться на красной кайме губ, реже – на слизистой оболочке щек, твердого и мягкого нёба. Его форма бывает различной: на языке и губах – как правило, круглая или овальная; на десне с преимущественной локализацией в области резцов – удлиненная, шанкр располагается в виде полумесяца или параллельно линии смыкания зубов, захватывая несколько межзубных сосочков; на слизистой оболочке в углу рта – в виде кровоточащей трещины с инфильтрированными краями. На миндалинах твердый шанкр в отличие от стрептококковой ангины почти всегда располагается односторонне. Важным признаком при диагностике твердого шанкра является появление к концу первичного периода безболезненного регионарного лимфаденита. Диагноз должен быть подтвержден лабораторным путем: обнаружением под микроскопом в темном поле зрения типичных, с характерными движениями бледных спирохет (мазки получают или с поверхности первичной сифиломы, или из пунктата регионарных лимфоузлов). Начиная с 4-й недели первичного периода сифилиса реакция Вассермана становится стойко положительной. Язвы заживают через 3–12 недель с небольшим рубцом или без него.

Папулезный сифилис – самое частое проявление вторичного сифилиса во рту, особенно при рецидиве. Высыпания чаще локализуются на слизистой миндалин, нёбных дужек, мягкого нёба, реже – на слизистой щек, губ, языка, десен. В углах рта и на языке могут образовываться папулы на фоне плотного специфического инфильтрата. Папулы плотные, округлые, различной величины, покрыты серовато-белым налетом, окружены узким гиперемизированным резко очерченным венчиком. На языке в местах появления папул (чаще на его кончике или боковых поверхностях) нитевидные и грибовидные сосочки исчезают, вследствие чего получается гладкая, блестящая бляшка ярко-красного цвета, резко отграниченная от здоровой слизистой языка (очаги десквамации). Сливаясь, папулы могут образовывать крупные бляшки. При поскабливании шпателем налет, покрывающий папулы, снимается, и под ним возникает мясо-

красная эрозия. Папулы и отделяемое эрозий содержат большое количество трепонем. Болевые ощущения возникают при эрозировании папул или при локализации их в углах рта (сифилитическая заеда).

Третичный период сифилиса в полости рта проявляется образованием гумм и бугорковых высыпаний. Гуммы могут локализоваться в любом месте слизистой полости рта, но чаще – на мягком или твердом нёбе, языке. Начало появления безболезненного глубокого узла в толще слизистой может быть для больного незаметным. Затем узел постепенно увеличивается, становится синюшно-красным. Центральная часть гуммы распадается с образованием язвы. Она окружена мощным инфильтратом в виде плотного, поднимающегося над уровнем слизистой валика синюшно-красного цвета. Ее края гладкие, не подрытые, мясо-красного цвета, покрыты сочными мелкими грануляциями, легко кровоточат и кратерообразно опускаются до дна язвы. Даже при разрушении значительной части языка и губ не отмечается сильной болезненности, в отличие, например, от туберкулезных язв в полости рта, для которых характерна резкая боль. Не наблюдается и острых воспалительных явлений. Заживление язвы приводит к образованию втянутого звездчатого рубца. Этот процесс длится 3–4 мес. и обычно не сопровождается субъективными ощущениями.

Бугорковый сифилис чаще локализуется на губах. Синюшно-красного цвета, плотные, безболезненные, не имеющие острого воспалительного характера бугорки располагаются (как это свойственно третичному сифилису) в виде групп, гирлянд дуг. Такие бугорки быстро распадаются, образуя маленькие глубокие язвы с крутыми, не подрытыми краями. Без лечения бугорковый сифилис может существовать длительное время, иногда долгие месяцы и даже годы.

После заживления язв на всю жизнь остаются как бы штампованные, мозаичные рубцы. Они являются признаком перенесенного сифилиса.

Кандидоз является наиболее частым грибковым заболеванием слизистой оболочки полости рта. Он вызывается условно-патогенными грибами рода *Candida*, которые в неактивной форме встречаются в полости рта и при опреде-

ленных условиях становятся патогенными. Возникновению заболевания способствуют дисбактериоз, а также снижение сопротивляемости организма на фоне общих заболеваний.

По клиническому течению различают острую и хроническую формы кандидоза. Каждая форма делится на две группы: острый кандидоз – на острый псевдомембранозный и острый атрофический; хронический кандидоз – на хронический гиперпластический и хронический атрофический.

Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница). Чаще появляется у детей грудного, иногда старшего возраста, и редко – у взрослых. Слизистая оболочка языка, щек, губ, нёба становится сухой, ярко-красной, и на ней возникают маленькие очажки белого цвета. Сливаясь, высыпания образуют творожного вида легко снимающиеся пленки, под которыми обнаруживается гладкая гиперемированная слизистая, легко кровоточащая при малейшем травмировании. В некоторых случаях налет плотно прикреплен к слизистой оболочке, и поэтому после его снятия образуется кровоточащая эрозия.

Острый атрофический кандидоз. Если острый псевдомембранозный кандидоз не лечить, он может перейти в острый атрофический, при котором возникают сильная болезненность, жжение и сухость в полости рта, слизистая оболочка становится ярко-красной. Слизистая языка атрофирована, сосочки сглажены, язык ярко-красный, гладкий. Красная кайма губ гиперемирована, отечна, покрыта тонкими серыми чешуйками, местами она мацерирована, могут появиться трещины и эрозии.

Хронический гиперпластический кандидоз. Больные жалуются на боль при употреблении кислой, острой пищи, на сухость в полости рта, извращение вкуса. На гиперемированной слизистой полости рта появляются крупные белые папулы, которые могут сливаться в бляшки, образующие неровную поверхность. Очаги поражения чаще располагаются на слизистой щек, ближе к углам рта, на спинке языка и задней части нёба. В отличие от лейкоплакии налет при поскабливании частично снимается. Насильственное удаление налета приводит к появлению эрозивной кровоточащей поверхности.

Хронический атрофический кандидоз. Поражает слизистую оболочку протезного ложа при ношении съёмного протеза. Больные жалуются на боли и жжение в полости рта при приеме пищи, сухость полости рта. Слизистая в границах протезного ложа гиперемирована, отечна, сухая. Для уточнения диагноза и типа гриба обязательно проводят бактериологическое исследование. Материал для исследования необходимо брать натошак до чистки зубов и полоскания полости рта.

Микотическая (дрожжевая) заеда. Является разновидностью хронического кандидоза. Чаще возникает у пожилых людей с заниженной высотой прикуса и глубокими складками в углах рта в результате неправильного протезирования, выраженного стирания зубов и адентии.

Заболевание характеризуется наличием белых чешуек или корочек в складке, которые образуются вследствие появления эрозии и трещин. Больные жалуются на жжение, болезненность в углах рта. Наряду с поражением углов рта может поражаться слизистая оболочка губ (кандидозный хейлит), которые становятся гиперемированными, отечными, покрываются чешуйками, эрозиями, трещинами.

Лечение. Прежде всего нужно устранить местные раздражители: 1) тщательно удалить зубные отложения; 2) санировать полость рта; 3) заменить неполноценные протезы и научить правильному уходу за ними; 4) запретить курение и употребление алкоголя.

Назначают противогрибковые антибиотики: нистатин – по 6 000 000 ЕД в день, леворин – 2 000 000 ЕД в день в течение 10–15 дней. В случае отсутствия эффекта после применения нистатина и леворина назначается амфотерицин В. Аналогичным действием обладает и амфоглюкамин по 200 000 ЕД 2–3 раза в день.

Местно применяют противогрибковые антибиотики в виде аппликаций на слизистую рта и губ ежедневно, 3–4 раза в день в течение 14 дней. Могут быть назначены клотримазол и канестен, левориновая, нистатиновая, микогептиновая, амфотерициновая и декаминовая мази в виде 20-минутных аппликаций. Для усиления проникающей способности вышеуказанных препаратов обрабатываемая поверхность

предварительно смачивается 10% раствором димексида, а сверху наносится мазь.

Щелочные полоскания полости рта 2–4% раствором натрия гидрокарбоната, буры также способствуют приостановлению роста и размножения гриба *Candida*. С этой же целью применяются препараты йода и анилиновые красители.

С 4–5-го дня от начала общего и местного лечения применяются кератопластические средства: соки алоэ и каланхоэ, масляные растворы витаминов А и Е, масло шиповника и облепихи.

Болезни губ

Воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ принято называть *хейлитом*. Он встречается как самостоятельное заболевание и как симптом при различных болезнях слизистой рта.

Различают ангулярный, glandулярный, эксфолиативный хейлиты, хронические трещины губ. Здесь же будет рассмотрен и абразивный преанцерозный хейлит (Манганотти), относящийся к предраковым заболеваниям.

Ангулярный хейлит – это хроническое заболевание рецидивирующего характера. Вызывается стрептостафилококковой инфекцией и грибами. Появлению заболевания способствуют инфекционные очаги в полости рта и носоглотке, авитаминоз, аномалии прикуса.

Больные жалуются на боли при открывании рта. В начале заболевания в углах рта появляются поверхностные эрозии или трещины, которые быстро инфицируются. Экзематозные явления могут распространяться на кожу губ и подбородка, прилегающую к углу рта.

Glandулярный хейлит – это воспаление мелких слюнных желез губ. Различают простой glandулярный хейлит и гнойный.

Простой glandулярный хейлит характеризуется увеличением количества и гетеротопией в зону Клейна серозно-слизистых губных желез или их протоков, их гиперфункцией и гиперплазией. Из зияющих выводных протоков желез обильно выделяется секрет в виде капель росы. Вследствие

инфицирования и длительного раздражения выделениями из гипертрофированных слюнных желез развиваются мацерация и воспаление. Вокруг расширенных отверстий выводных протоков могут появиться участки гиперкератоза, сливающиеся в очаги лейкоплакии.

Гнойный glandулярный хейлит встречается редко и развивается в результате проникновения в расширенные протоки слюнных желез патогенной микрофлоры. Характеризуется болезненностью, отеком губы, из протоков выделяется слюна с примесью крови. Губа покрыта плотно сидящими толстыми корками желто-зеленого или буро-черного цвета. Иногда устья выводных протоков желез могут быть закупорены уплотнившимся гнойным экссудатом. Возможно множественное и одиночное абсцедирование.

Эксфолиативный хейлит. Различают две формы эксфолиативного хейлита – сухую и экссудативную.

Сухая форма. При сухой форме хейлита больных беспокоят сухость губ, иногда жжение, зуд, постоянное шелушение. В переходной зоне губ, т.е. на границе слизистой оболочки губ и красной каймы, приблизительно до ее середины, возникает полоса застойной гиперемии, покрытая тонкими, прозрачными, довольно плотно прикрепленными чешуйками. После снятия чешуек обнажается ярко-красная поверхность, иногда с очень небольшими и неглубокими эрозиями. Сухая форма может переходить в экссудативную, и наоборот. Течение хроническое.

Экссудативная форма. При экссудативной форме хейлита губы увеличены, гиперемированы, отечны, рот приоткрыт из-за резкой болезненности при смыкании.

Характерно образование массивных корок, состоящих из пластов ссохшегося экссудата и чешуек, легко снимающихся пинцетом, под которыми обнажается гладкая или зернистая ярко-красная поверхность. Иногда чешуйки образуют сплошную массу, свешивающуюся с красной каймы губы на подбородок.

Хронические рецидивирующие трещины губ могут возникать как на верхней, так и на нижней губе. Чаще локализируются в средней части губы, иногда в углах рта. Впервые возникающие трещины представляют собой щелевидные де-

фекты эпителия слизистой оболочки, окруженные гиперемизированной красной каймой и кровянистыми корочками. Иногда они эпителизируются на короткий срок и снова появляются. Частые рецидивы приводят к развитию в очаге трещины участка рубцовой атрофии, плотно на ощупь, с белесоватым оттенком. Длительное существование трещины ведет к ее углублению, уплотнению краев и превращению в язву с ороговевшими краями, которая в дальнейшем может малигнизироваться.

Лечение. Хейлиты трудно поддаются лечению. Применяют гормональные мази, антибактериальные и кератопластические средства. При glandулярном хейлите, если неэффективна противовоспалительная терапия, проводят электрокоагуляцию желез или их иссечение. При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения хейлита Манганотти и хронической трещины губы показано хирургическое вмешательство.

Болезни языка

На языке могут локализоваться поражения при травмах, инфекционных заболеваниях, аллергических состояниях, авитаминозах, дерматозах и т. д.

В данном разделе приводятся сведения о складчатом языке и самостоятельных глосситах, т.е. таких процессах, которые встречаются почти исключительно на языке. К ним относят десквамативный глоссит, ромбовидный глоссит, черный (волосатый) язык, складчатый язык.

Десквамативный глоссит. Глоссит – это воспаление слизистой оболочки языка. Десквамативный (географический) глоссит характеризуется появлением участков десквамации эпителия нитевидных сосочков, по периферии которых имеются полосы ороговевшего эпителия. В участке десквамации хорошо видны грибовидные сосочки в виде ярко-красных точек. Очаги десквамации обычно множественные, чаще располагаются на кончике и боковой поверхности языка. Вслед за десквамацией происходит ороговение эпителия нитевидных сосочков, а в участках ороговения – наоборот, – десквамация. В результате этого участки десквамации и ороговения эпителия нитевидных сосочков

языка, сменяя друг друга, мигрируют по поверхности языка и, сливаясь, образуют фигуры, которые напоминают географическую карту.

Субъективно могут появляться боль, чувство жжения, усиливающиеся при употреблении острой, соленой и кислой пищи. Заболевание может длиться неопределенно долго, не причиняя большого беспокойства, иногда спонтанно исчезая на какой-то срок и снова появляясь.

При отсутствии субъективных ощущений лечение не проводится. При болях и жжении рекомендуются, помимо санации полости рта, полоскания антисептическими растворами, аппликации кератопластических средств. В случае выраженной болезненности целесообразно назначать местные обезболивающие средства.

Срединный ромбовидный глоссит – хроническое заболевание, когда на спинке языка, ближе к корню по средней линии, появляется овальный ромбовидный участок, лишенный сосочков. Различают три формы глоссита: гладкую, бугристую и папилломатозную.

При гладкой форме ромбовидного глоссита поверхность поражения имеет небольшие размеры, розовый или красный цвет, четко ограничена от остальных участков.

В случае бугристой или папилломатозной формы в центре измененного участка есть разрастания, возвышающиеся над уровнем эпителия. Могут появляться участки ороговения белесоватого цвета. Жалоб может не быть. Иногда возникают жжение, пощипывание, усиливающиеся при приеме пищи.

Лечение состоит в санации полости рта, прекращении курения. При значительных папилломатозных разрастаниях их иссекают с последующим патогистологическим исследованием. При отсутствии жалоб, кроме санации полости рта и разъяснения прогноза заболевания, лечения не требуется. Необходимо диспансерное наблюдение.

Волосатый язык выражается в разрастании и ороговении нитевидных сосочков средней и задней третей языка. Жалоб может не быть. Чаще больные отмечают необычный вид языка, иногда ощущение инородного тела на нем или рвотный рефлекс, чувство зуда.

На спинке языка кпереди от желобоватых сосочков нитевидные сосочки удлиняются и приобретают светло-коричневый или черный цвет. Длина сосочков иногда достигает 2 см, диаметр до – 2 мм, внешне они напоминают волосы. Следует проводить дифференциальную диагностику с пищевой пигментацией сосочков языка, при которой нитевидные сосочки не гиперплазированы.

Лечение заключается в санации полости рта. Местное применение кератолитических средств (3% раствор резорцина) дает кратковременный эффект. Лучшие результаты получены при проведении криотерапии.

Складчатый язык – врожденная аномалия формы и размеров языка, выражающаяся в наличии глубоких борозд (складок), проходящих в различных направлениях. Складки располагаются преимущественно симметрично. Наиболее глубокая продольная складка обычно проходит по срединной борозде. Наличие многочисленных складок создает картину деления языка на множество долек. Сосочки хорошо выражены, иногда гипертрофированы. Складчатый язык нередко сочетается с очаговой десквамацией эпителия языка. Наличие глубоких складок благоприятствует вегетации грибковой микрофлоры. При недостаточном уходе за полостью рта может развиваться воспалительный процесс, возникают жжение и боль.

Местное лечение при складчатом языке не проводится. Необходимы тщательный уход за полостью рта, своевременная санация.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие заболевания слизистой оболочки полости рта встречаются наиболее часто?
2. Каковы клинические проявления афтозного стоматита и его лечение?
3. Какие вирусные заболевания имеют проявление в полости рта?
4. Как планируется лечение острого герпетического стоматита?
5. Что является причиной возникновения кандидозного стоматита?
6. Основные клинические симптомы кандидоза.

7. Какие инфекционные заболевания проявляются на слизистой оболочке полости рта?
8. Причины возникновения глосситов.
9. Лечение ромбовидного и складчатого языка.
10. Виды хейлитов, симптомы и лечение.

Глава X

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Периостит

Периостит – воспалительный процесс, возникающий как осложнение заболеваний зубов и тканей периодонта. Чаще он протекает в виде ограниченного воспаления надкостницы альвеолярного отростка, реже воспалительные явления распространяются на надкостницу тела челюсти.

Начальный период заболевания протекает бурно, воспалительные явления нарастают с каждым часом. Однако следует помнить, что у некоторых пациентов патологический процесс развивается медленно, в течение 1–2 дней. В этот период самочувствие ухудшается, возникает слабость, повышается температура тела, появляется головная боль, исчезает аппетит, нарушается сон. Боли в области «причинного» зуба становятся нестерпимыми и распространяются в соответствующую половину челюсти с иррадиацией по разветвлению тройничного нерва: в висок, ухо, шею, глаз. В дальнейшем боль уменьшается и приобретает ноющий характер.

С развитием процесса в надкостнице появляется отек окологлазничных мягких тканей. Локализация отека довольно типична и зависит главным образом от расположения зуба, явившегося источником инфекции. Наиболее резко отек выражен в первые дни заболевания, затем он несколько уменьшается и распространяется на соседние области вниз по клетчатке. Кожа над отечными тканями натянута, цвет ее не изменен. Регионарные лимфоузлы увеличены, при пальпации болезненны.

В полости рта развиваются гиперемия, отек десны, слизистой оболочки переходной складки и прилегающих к ней участков щеки на протяжении нескольких зубов. Переход-

ная складка при этом бывает сглажена, и в ее толще пальпируется плотный резко болезненный инфильтрат, при гнойной форме образуется валикообразное выпячивание – поднадкостничный абсцесс. Определяется очаг флюктуации. Постепенно гной расплавляет надкостницу и изливается под слизистую, образуя поддесневой абсцесс. При исследовании «причинного» зуба выявляется, что его полость и корневые каналы заполнены гнилостным распадом пульпы. Зуб может быть запломбирован, в ряде случаев имеется глубокий патологический зубодесневой карман. В этот период болевая реакция при перкуссии зуба выражена не резко, а иногда отсутствует. На рентгенограмме альвеолярного отростка и тела челюсти при остром периостите изменений не обнаруживается.

Лучшие результаты при лечении пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом дает комплексная терапия, когда своевременное хирургическое вмешательство сочетается с проведением лекарственной терапии и физиотерапии. Для успешного выполнения оперативного вмешательства необходимо добиться хорошего обезболивания тканей на месте будущего разреза. Чаще применяют проводниковую и инфильтрационную анестезию. В качестве анестетиков используют 1–2% раствор новокаина, 2% раствор лидокаина, 2% раствор остокаина, 2% раствор ксилокаина и др. Разрез при периостите делают длиной 1,5–2,5 см, рассекая слизистую и надкостницу по переходной складке на всю глубину тканей до кости. Для свободного оттока гнойного экссудата и предупреждения склеивания краев раны в нее вводят на 1–2 сут. тонкий резиновый дренаж, который может быть изготовлен из хирургических перчаток или полиэтиленовой пленки. Одновременно со вскрытием поднадкостничного очага производят удаление «причинного» зуба, послужившего источником инфекции, если его дальнейшее сохранение нецелесообразно.

После хирургического вмешательства для скорейшего рассасывания воспалительного инфильтрата назначают 4–6 раз в день полоскания полости рта теплым 1–2% раствором натрия бикарбоната. Хороший эффект дают токи УВЧ, СВЧ, флюктуоризация, лучи гелий-неонового лазера малой мощности. Целесообразно назначать сульфаниламиды (нор-

сульфазол, сульфадимезин, сульфадиметоксин, бисептол), пиразолоновые производные (анальгин), антигистаминные препараты (димедрол, диазолин, супрастин, тавегил, перитол, фенкарол), препараты кальция (10% раствор кальция хлорида, кальция глюканат и кальция), витамины (особенно витамин С).

Остеомиелиты

Остеомиелиты челюсти представляют собой инфекционный гнойно-некротический процесс, развивающийся в кости и окружающих ее тканях. Одонтогенные остеомиелиты принято подразделять по течению: острые, хронические и обострение хронических; по локализации: остеомиелит нижней челюсти, остеомиелит верхней челюсти; по распространенности: 1) ограниченные: в пределах одной группы зубов, в пределах альвеолярного отростка; 2) диффузные: в пределах одного или двух анатомических отделов челюсти; по тяжести: легкой, средней и тяжелой степени; по наличию осложнений: с осложнениями, без осложнений.

Клиническая картина зависит от вирулентности микроорганизмов, вызывающих заболевание, состояния иммунологической реактивности и неспецифических факторов защиты макроорганизма, возраста пациента, локализации поражения, фазы заболевания.

При остром одонтогенном остеомиелите пациенты жалуются на боль в области одного «причинного» зуба, но вскоре присоединяются признаки воспаления периодонта рядом стоящих зубов. Боль усиливается, иррадирует в глазницу, висок, ухо. Для остеомиелита нижней челюсти характерны нарушения поверхностной чувствительности красной каймы нижней губы, слизистой оболочки преддверия полости рта, кожи подбородка на стороне поражения. При гнойно-воспалительном процессе в околочелюстных мягких тканях боль как бы перемещается за пределы челюсти, появляются жалобы, типичные для остеофлегмоны (припухлость, сведение челюстей, боль при глотании, жевании). Пациенты жалуются на головную боль, общую слабость, повышение температуры тела, нарушение аппетита и сна. При опросе пациентов удается выяснить, что одонтогенному остеомиелиту предшествовали острый апикальный

или маргинальный периодонтит либо обострение хронического апикального периодонтита. При осмотре пациенты бледные, нередко заторможены. Изо рта исходит зловонный запах. «Причинный» зуб подвижен, расшатываются и зубы, расположенные рядом, перкуссия их болезненна. Десна и слизистая переходной складки в области зубов, вовлеченных в гнойно-воспалительный процесс, отечны, гиперемированы. Пальпация их резко болезненна.

Под надкостницей альвеолярного отростка и тела челюсти скапливается гной. Вслед за расшатыванием зубов появляется также гнойное отделяемое из-под края десны. В ряде случаев образуются поддесневые абсцессы. При проникновении гноя в клетчаточные пространства возникают абсцессы и флегмоны окологлазничных тканей, которые, по нашим данным, имеют место у 59% больных с одонтогенным остеомиелитом челюстей. У таких больных отмечаются инфильтрация мягких тканей, гиперемия кожных покровов. Рядом с инфильтратом появляется резко выраженный коллатеральный отек мягких тканей, нередко распространяющийся на жевательные мышцы, что приводит к сведению челюстей (воспалительной контрактуре). При остеомиелите челюстей возникает регионарный лимфаденит.

Одним из постоянных и ранних симптомов остеомиелита нижней челюсти является нарушение поверхностной чувствительности красной каймы нижней губы и кожи подбородка, а также электровозбудимость пульпы заинтересованных зубов. Общая реакция организма проявляется лихорадкой, учащением пульса и дыхания, ознобом (особенно вечером), изменениями в крови и моче. При острой фазе остеомиелита температура тела может повышаться до 38–40 °С.

Переход в хроническую фазу остеомиелита челюстей характеризуется стиханием боли, уменьшением инфильтрации мягких тканей. В местах разрезов кожи или слизистой полости рта появляются свищи с выделением гноя. Отграничение секвестров от окружающей здоровой кости сопровождается появлением грануляций из свищевых ходов. В области патологического очага челюсть уплощена, зубы подвижны. При зондировании свища обнаруживают неровные и шероховатые контуры секвестрирующейся кости.

Важная роль в диагностике хронического остеомиелита челюстей принадлежит рентгенологическому исследованию.

Лечение при одонтогенном остеомиелите челюстей в острой фазе должно быть направлено на ликвидацию гнойно-воспалительного очага в кости и окружающих мягких тканях. Проводятся мероприятия по борьбе с инфекцией и коррекция нарушений функций организма, вызванных основным заболеванием. Хирургическое лечение состоит из дренирования инфекционного очага в кости путем удаления «причинного» зуба, явившегося источником инфекции, рассечения мягких тканей при околочелюстных абсцессах и флегмонах с проведением диализа раны. Оперативное лечение дополняется целенаправленной комплексной сбалансированной медикаментозной противовоспалительной терапией. Эффективность последней зависит от результатов бактериологического исследования микрофлоры на чувствительность к тому или иному антибиотику. Если невозможно провести такое исследование, необходимо назначить антибиотики широкого спектра действия (гентамицин, фузидин натрия, цеполин, линкомицин).

Околочелюстные абсцессы и флегмоны

Абсцесс – ограниченный очаг гнойного воспаления, приводящий к расплавлению участка клетчатки или другой ткани с образованием полости. *Флегмона* – острое разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки. Источники инфекции при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области могут быть одонтогенной и неодонтогенной природы. Чаще входными воротами инфекции являются дефекты твердых и мягких тканей зуба и краевого периодонта. Поэтому такие абсцессы и флегмоны называют одонтогенными. Если абсцессы и флегмоны сопутствуют одонтогенному остеомиелиту и осложняют его течение, то их называют остеогенными, или остеофлегмонами. Абсцессы и флегмоны, возникающие в результате инфицирования поврежденных кожных покровов лица или слизистой полости рта, а также осложнения таких заболеваний, как фурункулёз, сиаладенит, язвенный стоматит и другие, относятся к неодонтогенным.

Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области проявляются рядом общих расстройств, симптомами гнойно-резорб-

тивной лихорадки, а также местными изменениями, во многом обусловленными локализацией очага гнойного воспаления. Заболевание чаще начинается внезапно. Явления воспаления быстро нарастают. В результате интоксикации организма появляется головная боль, нарушаются сон, аппетит, повышается температура тела. В тяжелых случаях возникает озноб, резко ухудшается общее состояние. В периферической крови определяются лейкоцитоз, нейтрофилез. Развивающейся флегмоне свойствен диффузный болезненный инфильтрат, сверху покрытый гиперемированной кожей или слизистой оболочкой. По мере дальнейшего развития воспалительного процесса инфильтрат увеличивается, в центральных его отделах появляется расплавление ткани – флюктуация. При глубоко расположенных гнойниках эти местные признаки менее выражены.

Для большинства флегмон характерны боль, нарушение подвижности нижней челюсти, повышенная саливация, затруднение жевания, глотания, речи и дыхания. При вовлечении в процесс жевательных мышц возникает сведение – контрактура челюстей. Проявления заболевания зависят от локализации флегмоны в одном, двух, трех или более клетчаточных пространствах.

Диагностика основывается на данных анамнеза и объективного исследования. При поверхностном расположении гнойных очагов определение последних трудностей не вызывает, тогда как распознавание глубоких гнойников нередко требует проведения диагностической пункции. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области необходимо дифференцировать с фурункулом и карбункулом лица в начальной стадии болезни, рожистым воспалением, острым воспалением околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез, нагноившимися срединной и боковыми кистами шеи, специфическими хроническими воспалительными процессами; опухолевыми образованиями.

При абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области проводится комплексное лечение. Оно включает хирургическое вмешательство (хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага в целях обеспечения эвакуации гноя и очищения гнойной раны); антибактериальную, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную, иммунокор-

ригирующую, общеукрепляющую терапию; физиотерапию (токи УВЧ, СВЧ). После стихания острых воспалительных явлений и рассасывания инфильтратов назначают лечебную физкультуру.

Неотложная помощь при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ

При гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области терапия обязательно должна быть комплексной. Основным ее компонентом является оперативное вмешательство – хирургическая обработка, обеспечение эвакуации гнойного содержимого. Разрезы проводят под местной инфильтрационной и проводниковой анестезией. Раствором анестетика инфильтрируют ткани над фокусом инфекционно-воспалительного очага и в его окружении. У пациентов с абсцессами и флегмонами глубоких отделов лица или при процессах, захватывающих две и более области, выполнить хирургическое вмешательство под местным обезболиванием практически невозможно. В таких случаях применяется общее обезболивание. Вопрос об удалении «причинного» зуба решают так же, как при остром одонтогенном остеомиелите челюсти.

Своевременная хирургическая обработка гнойного очага ограничивает дальнейшее распространение воспалительного процесса и явлений некроза тканей, уменьшает всасывание продуктов распада тканей и бактерий в кровь, снижая тем самым интоксикацию организма, ослабляет и полностью ликвидирует боль. Длина разреза кожных покровов и слизистой полости рта определяется протяженностью инфильтрата. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, а затем тупо разводят подкожную мышцу и фасции (апоневроз). Глубже лежащие ткани расслаивают по ходу клетчаточных пространств с учетом расположения крупных сосудов и нервов. Для дренирования операционной раны в полости рта используют резиновые перчаточные полоски, а со стороны кожи – дренажные трубки разных диаметров. В зависимости от режима введения растворов в гнойную рану различают фракционный и непрерывный диализ. Вводят растворы антибиотиков, антисептиков, поверхностно-активных веществ – детергентов.

При гнилостно-некротических флегмонах лица и шеи (анаэробная инфекция) под кожу или внутримышечно вводят противогангренозную поливалентную сыворотку, содержащую антитоксины против возбудителей газовой анаэробной гангрены. Для нейтрализации токсинов и нормализации водно-солевого обмена проводится интенсивная дезинтоксикационная терапия. У пациентов с различными гнилостно-некротическими флегмонами, захватывающими несколько клетчаточных пространств, дезинтоксикационную терапию следует проводить в период подготовки больных к наркозу. Общее количество вводимой на протяжении суток жидкости может достигать 50–60 мл на 1 кг массы тела. Внутривенно вводят изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера–Локка, раствор глюкозы, белковые растворы, гемодез. При проведении инфузионной терапии необходимо следить за диурезом и при необходимости вводить диуретики (фуросемид).

В целях десенсибилизации организма больного вводят антигистаминные препараты: димедрол, супрастин, диазолин или пипольфен по 0,025–0,05 г 2–3 раза в день. Проводится терапия, направленная на поддержание сердечно-сосудистой деятельности (назначают строфантин, панангин, кокарбоксилазу). На следующий день после хирургической обработки гнойно-воспалительного очага назначают физиотерапию – воздействие электрическим полем УВЧ, СВЧ в олиготермической дозировке, облучение низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером. Пациентам с гнилостно-некротическими флегмонами лица и шеи показано ультрафиолетовое облучение раны. Весьма эффективна гипербарическая оксигенация, при отсутствии условий для ее выполнения проводится периодическая инсуффляция кислорода в рану через катетер. Немаловажное значение имеют сбалансированное питание, прием витаминов, соблюдение гигиены полости рта.

Лимфаденит

Лимфаденит – неспецифическое или специфическое воспалительное поражение лимфоузлов. Лимфаденит характеризуется местной болезненностью и увеличением лимфатических узлов, головной болью, недомоганием, слабостью, повышением температуры тела. Диагностика лимфадени-

та проводится с помощью сбора анамнеза и физикального обследования; этиология уточняется путем биопсии измененного лимфоузла. Лечение лимфаденита осуществляется с учетом выделенного возбудителя и включает антибиотикотерапию, физиотерапию. При формировании абсцесса или аденофлегмоны производится их вскрытие и дренирование.

По течению заболевания лимфадениты подразделяются на:

- острый;
- серозный;
- гнойный;
- хронический;
- обострившийся хронический.

Острый серозный лимфаденит

Клиническая картина

Заболевание начинается с увеличения в объеме одного или нескольких лимфоузлов. Они также уплотняются, возникает болезненность – самопроизвольная и при пальпации. Постепенно развивается отек тканей в области поражения. Чаще наблюдается поражение одного узла. Соседние узлы вовлекаются в процесс в гораздо меньшей степени. Повышается температура тела, иногда до высоких цифр. Появляются общие признаки интоксикации: потеря аппетита, ухудшение сна, слабость, потливость. У детей эти симптомы выражены обычно сильнее.

С дальнейшим развитием заболевания все симптомы усиливаются, при поверхностном расположении лимфоузла возникает гиперемия кожи над ним, она становится напряженной. Постепенно уменьшается подвижность пораженного узла в тканях, возникают умеренный отек и инфильтрация окружающих лимфоузлов тканей. Пальпация резко болезненна. Формируется воспалительный инфильтрат.

Симптомы продолжают нарастать в течение нескольких дней с гнойным расплавлением лимфатического узла.

При устранении первичных очагов инфекции воспалительные явления постепенно проходят.

Лечение больных с серозным лимфаденитом следует начинать с устранения первичного очага инфекции, выявление которого обязательно.

После устранения первичного очага инфекции (им может быть пораженный зуб, гнойный процесс в миндалинах,

воспалительный процесс в среднем ухе) начинают общее лечение, которое желательно проводить в стационаре:

- антибактериальная терапия;
- физиотерапия;
- местная терапия (полуспиртовые повязки с мазью Вишневского);
- десенсибилизирующая терапия;
- диета.

При наличии серозного лимфаденита это лечение в большинстве случаев предотвращает переход его в гнойную форму.

Острый гнойный лимфаденит (абсцесс)

Клиническая картина

Гнойная форма поражения лимфоузла связана часто с нерациональным лечением при серозном лимфадените; с неблагоприятным фоном, приводящим к снижению иммунитета (переохлаждение, стресс, перенесенные тяжелые заболевания, иммунный дефицит и т.п.).

В области лимфоузла возникают сильные, иногда пульсирующие боли, температура повышается до 38–39 °С, нарушается сон, снижается аппетит, возникают вялость, апатия.

Заболевание характеризуется выраженным отеком тканей в области лимфоузла. Пальпация резко болезненна.

При неглубоком расположении узла отмечается гиперемия и напряжение кожи над узлом, определяется флюктуация.

В качестве высокодостоверного диагностического метода используется ультразвуковое исследование.

Лечение с гнойным лимфаденитом заключается во вскрытии гнойного очага с его дренированием и в устранении первичного очага инфекции. Принципы общего лечения такие же, как и при серозном лимфадените. Увеличивается интенсивность лечения, добавляется промывание раны растворами антисептиков.

Профилактика острых и хронических лимфаденитов состоит из общих и местных противокариозных мероприятий: своевременного лечения кариеса зубов и его осложнений, устранения неodontогенных источников инфекции (лечение стоматитов, ринитов, гингивитов, глосситов, отитов, фурункулов, карбункулов и т.д.), лечения травматических повреждений слизистой оболочки рта и кожи лица, повышения резистентности организма людей и т.д.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие воспалительные заболевания челюстно-лицевой области вы знаете?
2. Каковы причины возникновения периостита?
3. Как проявляется хронический остеомиелит челюстей?
4. Каковы принципы лечения острого остеомиелита?
5. Что такое абсцесс?
6. Какое лечение планируется при абсцессах челюстно-лицевой области?
7. Каковы признаки флегмоны?
8. Лечение флегмон челюстно-лицевой области.
9. Назначают ли антигистаминные препараты пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области?

Глава XI

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Показания и противопоказания для удаления зуба

Удаление зуба заключается в насильственном разрыве тканей, находящихся вокруг зуба и связывающих его со стенками лунки и десной, и выведении его из лунки.

Показания: операция может проводиться по неотложным показаниям и в плановом порядке.

Экстренные показания: зуб, являющийся источником инфекции при остром остеомиелите, периостите, абсцессе, флегмоне, синусите, лимфадените (если они не подлежат консервативному лечению и не представляют функциональной ценности). Также удаляют зуб при продольном переломе, переломе коронковой части с обнажением пульпы (при невозможности восстановления коронки зуба путем пломбирования либо ортопедического лечения).

Плановые показания к удалению зуба следующие:

1) наличие хронического воспалительного очага в периодонте и окружающей кости при неэффективности, а также при невозможности консервативного лечения;

2) полное разрушение коронковой части зуба при невозможности использования оставшегося корня для протезирования;

3) подвижность III степени и выдвигание зуба; тяжелые формы пародонтита и пародонтоза;

4) аномально расположенные зубы, травмирующие слизистую оболочку полости рта, не подвергающиеся ортодонтическому лечению;

5) не прорезавшиеся в срок или частично прорезавшиеся зубы, вызывающие воспалительный процесс в окружающих тканях;

6) зубы, расположенные в щели перелома, мешающие репозиции отломков и не представляющие функциональной ценности;

7) выдвинувшиеся в результате потери антагониста зубы, конвергирующие и дивергирующие зубы.

Относительные (временные) противопоказания к операции удаления зуба:

1. Сердечно-сосудистые заболевания (прединфарктное состояние и 3–6 мес. после перенесенного инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);

2. Острые заболевания паренхиматозных органов – печени, почек, поджелудочной железы (инфекционный гепатит, гломерулонефрит, панкреатит и др.);

3. Геморрагические диатезы (гемофилия, болезнь Верльгофа, С-авитаминоз), а также заболевания, протекающие с геморрагическими симптомами (острый лейкоз, агранулоцитоз);

4. Острые инфекционные заболевания (грипп, ОРВИ, рожистое воспаление, пневмония);

5. Заболевания центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, менингоэнцефалит);

6. Психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия);

7. Острая лучевая болезнь I–III стадий;

8. Заболевания слизистой оболочки полости рта (стоматит, гингивит, хейлит).

Операция удаления зуба проводится после лечения этих заболеваний. У больных с тяжелыми сопутствующими за-

болеваниями целесообразней удалять зуб в условиях стационара.

Удаление осуществляется специальными инструментами: различными типами щипцов, элеваторами, а также используя бормашину. При удалении зубов верхней челюсти удаляемый зуб должен находиться на уровне плечевого сустава врача. При удалении зубов на нижней челюсти – на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Во время удаления всех зубов слева и правых центральных зубов врач располагается спереди и справа от пациента. Во время удаления правых малых и больших коренных зубов врач стоит справа и несколько кзади от большого.

Успех операции удаления зуба зависит не от физической силы врача, а от правильного и последовательного выполнения всех этапов операции.

Этапы удаления зуба

Этапы операции удаления зуба складываются из последовательных этапов:

- 1) лигаментотомия;
- 2) наложение щипцов;
- 3) продвижение щечек щипцов под десну;
- 4) смыкание щипцов (фиксация);
- 5) вывихивание зуба (люксация либо ротация);
- 6) извлечение зуба из лунки (тракция).

Лигаментотомия. Производят отделение круговой связки от шейки зуба и десны от края альвеолы при помощи гладилки или узкого плоского распатора. Тщательное отделение круговой связки и десны облегчает продвижение щечек щипцов под десну и предупреждает разрыв слизистой оболочки во время вмешательства.

Наложение щипцов на зуб. Ось щечек щипцов должна совпадать с осью зуба. Неправильное наложение щипцов приводит к перелому корня во время вывихивания зуба.

Продвижение щечек щипцов под десну; смыкание щипцов. Удаляемый зуб должен быть прочно зафиксирован в щипцах. При перемещении щипцов одновременно должен смещаться и зуб.

Вывихивание зуба. При вывихивании зуба волокна периодонта разрываются.

Прием осуществляется двумя способами: раскачиванием (люксация) наружу и внутрь и вращением (ротация) вокруг оси зуба на 20–25°.

Люксацию и ротацию производить постепенно, без грубых движений и рывков. Раскачивание зуба осуществляется в сторону наименьшего сопротивления, где стенка лунки тоньше. На верхней челюсти слабее и тоньше наружная (вестибулярная) стенка альвеолы, поэтому первое вывихивающее движение проводят в вестибулярную сторону (исключение – первый большой коренной зуб). На нижней челюсти передние зубы вывихивают в вестибулярную сторону, остальные зубы – в оральную сторону.

Ротацию производят при удалении зубов, имеющих один конусовидный корень (резцы и клык верхней челюсти, малые коренные зубы нижней челюсти и разъединенные корни первого малого коренного и больших коренных зубов верхней челюсти).

Извлечение зуба из лунки (тракция). Выведение зуба из лунки производят плавно, без рывков.

После извлечения зуба из лунки проводят ее **ревизию**, удостоверившись, что все корни зуба удалены полностью, удаляют разрастания грануляционной ткани, осколки или оставшуюся гранулему на дне лунки, отслоенную в процессе операции десну укладывают на место. Выступающие участки кости скучивают щипцами, а также сближают края десны путем сдавливания с двух сторон пальцами через марлевую салфетку. При наличии большой раны накладывают швы. Проводят остановку кровотечения. Больного предупреждают о необходимости соблюдения гигиены полости рта.

Осложнения во время и после удаления зубов

Во время удаления зуба могут возникать нарушения общего состояния пациента и осложнения местного характера. К первым относятся обморок, коллапс, нарушение дыхания вплоть до асфиксии, вызванное попаданием в дыхательные пути удаленного зуба, тампона, кровяного сгустка. Осложнения местного характера: переломы зуба, альвеолярного отростка, перелом и вывих нижней челюсти, продвижение зуба в окологлазничные мягкие ткани, перфорация дна верхнечелюстной пазухи, кровотечение.

Обморок. В некоторых случаях при удалении зуба наступает обморок, при котором отмечаются побледнение кожных покровов, появление пота, слабый пульс, потеря сознания. Независимо от того, когда наступил обморок (до или во время удаления зуба), следует прекратить вмешательство, резко наклонить голову пациента вниз или придать ему горизонтальное положение, обеспечить свободное дыхание (растегнуть одежду), дать понюхать нашатырный спирт и принять меры для активизации сердечной деятельности – под кожу ввести 10% раствор кофеина-бензоата натрия. Если обморок произошел в то время, когда зуб уже вывихнут, операцию следует быстро закончить, избегая попадания зуба в дыхательные пути. Если обморок был легкой степени, лучше закончить удаление зуба после обморока, в отдельных случаях вмешательство целесообразно перенести на другой день.

Коллапс – продолжительное нарушение сосудистого тонуса, чаще встречается у пациентов, перенесших массивную кровопотерю, физическое или эмоциональное перенапряжение, острое инфекционное заболевание, интоксикацию. Клинические проявления коллапса во многом сходны с проявлением обморока. Пациент бледен, кожные покровы влажные, дыхание поверхностное, пульс нитевидный, систолическое артериальное давление снижено до 60–50 мм рт. ст. Для выведения пациента из коллапса его укладывают горизонтально, внутримышечно вводят 1 мл 1% раствора кордиамина, 1 мл 1% раствора мезатона, подкожно 2 мл 20% раствора камфоры. При отсутствии эффекта внутривенно вводят 0,5–1 мл 0,06% раствора коргликона или 0,05% раствора строфантина в 10–20 мл 40% раствора глюкозы. Оперативное вмешательство прекращают, пациента госпитализируют для дальнейших реанимационных мероприятий и наблюдения в условиях стационара. После выведения пациента из коллапса решают вопрос о завершении удаления зуба с учетом срочности показаний к этому оперативному вмешательству.

Нарушение внешнего дыхания. При попадании в дыхательные пути удаленного зуба, тампона, кровяного сгустка (если они «застревают» в области голосовой щели) может наблюдаться нарушение внешнего дыхания, вплоть до

асфиксии. Однако нарушение внешнего дыхания не столь выражено, чтобы представлять непосредственную угрозу для жизни пациента. При подозрении на попадание зуба или его части в дыхательные пути надо срочно направить пациента на рентгенологическое исследование легких, проконсультироваться с врачом-пульмонологом, так как наличие в просвете бронха инфицированного инородного тела может привести к развитию абсцедирующей пневмонии.

Перелом зуба. Нередко при неправильной технике оперативного вмешательства или значительном разрушении зуба кариозным процессом во время операции происходит перелом зуба или его корня на различных уровнях по длине. При возникновении данного осложнения необходимо завершить удаление зуба, воспользовавшись приемом удаления корней с помощью щипцов или элеваторов.

Перелом альвеолярного отростка. Отломы небольших участков края лунки наблюдаются при удалении зубов с помощью щипцов. Так как края альвеолярного отростка после удаления зуба в последующем несколько атрофируются, повреждение этих небольших участков не имеет практического значения. Отлом же значительной части стенки альвеолы или края альвеолярного отростка при правильной методике удаления зубов встречается редко. Все же при удалении второго и третьего верхних моляров, особенно с помощью прямого элеватора, отламывается иногда большой участок альвеолярного отростка. Реже может произойти одновременно и перелом челюстного бугра верхней челюсти. В большинстве случаев отломанный участок стенки альвеолы удаляется вместе с зубом. При отломе участка бугра верхней челюсти без вскрытия верхнечелюстной пазухи рану зашивают наглухо или оставляют в ней на 24–48 ч полоску йодоформной марли в виде дренажа-выпускника. При вскрытии верхнечелюстной пазухи во избежание осложнений со стороны пазухи надо обязательно зашить рану наглухо. Полные переломы альвеолярного отростка и тела верхней челюсти при удалении зубов не встречаются.

Перелом и вывих нижней челюсти при удалении зубов встречается редко. Такой перелом может произойти тогда, когда вследствие патологического процесса (новообразование, остеомиелит, туберкулез, сифилис) тело челюсти

значительно истончено. Для предупреждения перелома челюсти в случаях повреждения ее указанными патологическими процессами (степень разрушения челюсти устанавливается при помощи рентгеновского снимка) необходимо перед удалением зубов укрепить челюсти назубной шиной. При нормальном состоянии костной ткани перелом челюсти во время удаления зуба может возникнуть только в результате неметодичного и грубого проведения операции. При широком открывании рта, дополнительных вертикальных и боковых нагрузках на нижнюю челюсть во время вывихивания зуба, работы долотом или молотком в момент альвеолотомии, может произойти вывих нижней челюсти. В целях предупреждения такого осложнения во время вывихивания зубов с помощью щипцов или элеваторов необходимо придерживать нижнюю челюсть левой рукой. При работе долотом пациенту предлагают сжать челюсти, предварительно положив на жевательную поверхность зубов марлевый шарик. Если вывих все же произошел, его надо устранить.

Продвижение зуба в окологлазничные мягкие ткани чаще встречается при удалении нижних и верхних третьих моляров. О возможности такого осложнения следует помнить в тех случаях, когда не удается найти в полости рта удаленный зуб. Рентгенограммы лицевого скелета в двух взаимно перпендикулярных проекциях позволяют обнаружить зуб, внедрившийся в окологлазничные мягкие ткани, и уточнить место его расположения. Это необходимо для решения вопроса о выборе оптимального доступа для удаления данного зуба в условиях стационара.

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Вскрытие верхнечелюстной пазухи при удалении верхних премоляров и моляров может иметь место даже при правильно проведенном удалении зуба. Чаще это бывает тогда, когда костное дно пазухи разрушено патологическим процессом в области верхушки корня зуба (гранулема, киста, остеомиелит). В отдельных случаях вскрытие верхнечелюстной пазухи может произойти во время удаления зуба в результате близкого прилегания верхушек корней верхнего второго (редко первого) премоляра, первого и второго (редко третьего) моляров ко дну пазухи. Диагноз этого осложнения ста-

вится на основании прохождения воздуха через альвеолу удаленного зуба, а иногда – появления кровотечения из носового отверстия соответствующей стороны. Зондирование и промывание вскрытой верхнечелюстной пазухи противопоказаны во избежание ее инфицирования.

При вскрытии верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба при отсутствии гнойного процесса в альвеоле рану необходимо зашить наглухо, чтобы в нее не проникла инфекция из полости рта. Если зашить рану невозможно, следует ограничиться введением в лунку удаленного зуба тампона из йодоформной марли. Последний должен быть вложен таким образом, чтобы он заполнял только входную половину альвеолы и не доходил до ее дна. Под защитой йодоформной марли в ране образуется кровяной сгусток, закрывающий сообщение с верхнечелюстной пазухой. Йодоформный тампон можно укрепить с помощью проволоки, охватывающей в виде «восьмерки» зубы, соседние с удаленным. Удаляют тампон из раны не ранее чем через 4–5 дней после операции. Если вскрытие дна названной пазухи происходит вследствие прорастания в нее кисты или другого новообразования или из-за секвестрации дна верхнечелюстной пазухи при остеомиелите, показано последующее оперативное вмешательство с пластическим закрытием дефекта. Оно проводится в стационарах челюстно-лицевой хирургии.

Кровотечение. После удаления зуба происходит естественное выполнение альвеолы кровяным сгустком, образующимся в результате кровотечения от разрыва зубной артерии, сети артериол, капилляров периодонта и десны. Это кровотечение носит характер капиллярного, паренхиматозного и прекращается через 5–20 мин. Ускорению остановки кровотечения способствует давление марлевого тампона, которым покрывают рану. В некоторых случаях кровотечение не прекращается, а иногда, прекратившись на время, возникает вновь через несколько часов или даже дней. Чаще кровотечения после удаления зубов вызываются причинами местного характера: глубоким разрывом и размозжением десны, наличием воспалительного процесса, параличом сосудистых стенок после применения адреналина. Вто-

ричное кровотечение может быть связано с инфицированием лунки и распадом в ней тромба. В более редких случаях кровотечение вызывается причинами общего характера, обусловленными нарушением свертывания крови (геморрагические диатезы и заболевания с геморрагическими симптомами). Большинство кровотечений удается остановить общепринятым методом – тампонадой лунки йодоформной марлевой турундой. При кровотечении из разорванных краев раны достаточно сшивания десневых краев. Широко применяется введение в лунку гемостатической губки или тампонада сухим кетгутом.

? ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Каковы общие показания к удалению зуба?
2. Перечислите местные показания к удалению зуба.
3. Какие состояния являются абсолютными общими показаниями к удалению зуба?
4. При каких заболеваниях необходима консультация терапевта, гематолога перед удалением зуба?
5. Как готовят пациента и полость рта к удалению зуба?
6. Какова техника удаления зуба щипцами?
7. Какие местные осложнения возникают во время удаления зуба?
8. Какие местные осложнения возникают после удаления зуба?
9. Какие виды обезболивания применяют при удалении зубов?
10. Лечение альвеолита.

Глава XII

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Челюстно-лицевая ортопедия является одним из разделов ортопедической стоматологии и включает клинику, диагностику и лечение повреждений челюстно-лицевой области, возникших в результате травм, ранений, оперативных вмешательств по поводу воспалительных процессов, новообразований.

ни прошло до обращения к врачу; когда, где и кем была оказана первая медицинская помощь, ее характер и объем. Выясняют, не было ли потери сознания, тошноты, рвоты, головной боли (может быть черепно-мозговая травма), выясняют наличие прививок против столбняка.

Особенности внешнего осмотра: отмечают изменение конфигурации лица за счет посттравматического отека; наличие гематом, ссадин, разрывов кожи и слизистой оболочки, изменение окраски кожи лица. Также обращают внимание на наличие ссадин, разрывов на слизистой оболочке преддверия и полости рта. Тщательно проводят осмотр травмированного зуба, рентгенографию и электроодонтометрию травмированных и рядом стоящих зубов.

Травма передних зубов приводит к таким последствиям, как нарушение эстетики вследствие отсутствия зуба, окклюзии, развитие симптома Попова–Годона (выдвижение зуба, потерявшего своего антагониста), а также нарушение речи.

Классификация острой травмы зуба:

- 1) ушиб зуба;
- 2) вывих зуба;
- 3) трещина зуба;
- 4) перелом зуба (поперечный, косой, продольный);
- 5) сочетанная (комбинированная) травма;
- 6) травма зубного зачатка.

**Клиническая картина и лечение ушиба
и вывиха зубов**

Ушиб зуба – закрытое механическое повреждение зуба без нарушения его анатомической целостности.

Патогистология: повреждаются волокна периодонта – наблюдаются ишемия, надрыв или разрыв части волокон периодонта, особенно в области верхушки зуба; в пульпе развиваются обратимые изменения. Сосудисто-нервный пучок может быть сохранен полностью, может наблюдаться частичный либо полный разрыв. При полном разрыве сосудисто-нервного пучка наблюдаются кровоизлияние в пульпу и ее гибель.

Клиническая картина ушиба зуба: наблюдаются постоянные ноющие боли в зубе, боли при накусывании и вертикальной перкуссии зуба, ощущение «выросшего зуба», ок-

рашивание и потемнение коронки зуба в розовый цвет, подвижность зуба, отек, гиперемия слизистой оболочки десны в области травмированного зуба; рентгенологических изменений нет.

Лечение: обезболивание, покой зуба до прекращения болей при накусывании на зуб (исключение твердой пищи на 3–5 дней, уменьшение контакта с зубами-антагонистами путем их сошлифовывания; противовоспалительное лечение – физиотерапия).

Вывих зуба – изменение пространственного соотношения зуба со своей альвеолой.

Неполный вывих зуба – изменение положения коронки зуба в зубном ряду и смещение корня зуба по отношению к стенкам альвеолы.

Полный вывих зуба – полное выпадение зуба из альвеолы.

Этиология: механическое воздействие (удар, падение и др.) при неаккуратном использовании элеваторов для удаления зубов, повышенная нагрузка на зуб во время откусывания или пережевывания пищи.

Неполный вывих зуба: часть волокон периодонта разрывается, сохранившиеся растянуты на большем или меньшем протяжении. Зуб смещается в различном направлении. Сосудисто-нервный пучок иногда не разрывается, особенно при повороте зуба вокруг оси. Возможен некроз пульпы вследствие тромбоза ее сосудов.

Вколоченный и полный вывих зуба: разрыв всех волокон периодонта, перелом внутренней компактной пластинки альвеолы, полный разрыв сосудисто-нервного пучка, гибель пульпы.

Клиническая картина. Неполный вывих зуба: боль в зубе, усиливающаяся при прикосновении к нему, невозможность откусывания и пережевывания пищи, неправильное положение зуба, подвижность. Определяются отек, ссадины, кровоизлияния, раны губ или щек. Рот иногда полуоткрыт. Рентгенографически видно: сужение или полное отсутствие периодонтальной щели на стороне наклона зуба, а на противоположной – ее расширение. Ушиб, сотрясение (concussion) – небольшое кровоизлияние, незначительный разрыв периодонтальной связки зуба. Самая легкая травма: зуб неподвижен,

но очень чувствителен на перкуссию, чувствителен к прикосновению губ. На начальных этапах нет изменения цвета.

Лечение неполного вывиха зуба направлено на сохранение зуба.

1. Одномоментная репозиция зуба после обезболивания с последующей иммобилизацией с помощью шины. Проводится на фоне противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии и антибиотикотерапии.

2. Длительная репозиция ортодонтическими аппаратами при обращении пациента, когда зуб уже укрепился в неправильном положении.

Подвывих (*subluxation*) – перкуссия очень болезненна. Имеется небольшая подвижность зуба – обычно в буккально-лингвальном направлении. Изменений положения зуба не имеется. Нарушения прикуса отсутствуют. На рентгенограмме патологии нет, возможно незначительное расширение периодонтальной щели.

Необходимы качественная гигиена полости рта в связи с возможностью развития инфекции, полоскания хлоргексидином. Возможно сошлифовывание зубов-антагонистов. С целью иммобилизации зуба делают шину сроком на 1 неделю, если есть небольшая подвижность и гиперчувствительность. Если месяц спустя травмы перкуссия и/или пальпация с вестибулярной стороны болезненны, нужно думать об осложнениях со стороны пульпы. Проводят проверку на жизнеспособность пульпы зуба – холод, тепло, ЭОД. Если есть болезненность – пульпа жива. Если нет – необходимо вскрытие пульповой камеры с последующим эндодонтическим лечением.

Вколоченный вывих зуба – внедрение корня зуба в толщу костной ткани альвеолярного отростка.

Наблюдаются боли, «укорочение» коронки зуба, кровотечение из десны, подвижность зуба отсутствует; над десной располагается только часть коронки зуба, корень зуба может располагаться в мягких тканях либо в толще кости. Рентгенографически выявляется: высота коронки меньше соседних зубов, перелом костного вещества лунки, корень зуба в кости. В молочном прикусе может наблюдаться травма зачатка постоянного зуба.

Лечение:

1) выжидательная тактика (зуб может выдвинуться в первоначальное положение);

2) одномоментная репозиция с иммобилизацией зуба;

3) длительная репозиция ортодонтическими аппаратами;

4) удаление зуба с последующей реплантацией – возвращением зуба в его лунку;

5) удаление зуба с последующим протезированием.

Переломы зубов – повреждения зуба с нарушением целостности его коронки или корневой части. Травма зубов может сопровождаться разрушением лунки зуба, переломами альвеолярного отростка или челюстей.

Различают:

1) переломы неполные (без вскрытия пульпы):

а) трещины эмали и дентина;

б) краевой перелом коронки в зоне эмали;

в) краевой перелом коронки в зоне эмали и дентин;

2) переломы полные (со вскрытием пульпы) открытые и закрытые:

а) шейки зуба;

б) корня;

в) верхушки корня.

Клиническая картина: боли в зубе во время травмы, усиливающиеся при нагрузке, розовая окраска коронки, подвижность зуба, дефекты коронки. Рентгенологически выявляются: наличие полосы просветления (линия перелома), иногда смещение отломков.

Лечение. Объем помощи определяется уровнем и характером перелома:

1) при повреждении эмали и дентина без вскрытия пульпы зуба сошлифовывают острые края коронки;

2) при переломе коронки с вскрытием пульпы проводят консервативное лечение (если больной обратился в срок, не превышающий 12 ч), либо удаляют коронковую часть пульпы и пломбируют канал корня зуба (при обращении в более поздние сроки) с последующим восстановлением анатомической формы зуба пломбировочным материалом, коронкой, штифтовым зубом;

3) при значительных разрушениях зубы удаляют.

Вывихи и переломы нижней челюсти

Вывих височно-нижнечелюстного сочленения

Среди всех вывихов эти травмы составляют от 1,5 до 5,5%, возникают преимущественно у женщин, что связано с меньшей глубиной суставной ямки и менее развитым связочным аппаратом. Вывих нижней челюсти может наступить при сильном открывании рта, при крике, зевоте, рвоте, во время удаления зуба, зондирования желудка, интубации трахеи, во время наркоза и др.

Клиническая картина: боль, невозможность закрывания рта, невозможность принятия пищи, затруднение речи, слюноотечение. При одностороннем вывихе подбородок, уздечка нижней губы смещены в здоровую сторону. При одностороннем переломе мышцелкового отростка смещение происходит в сторону повреждения. При двустороннем вывихе рот широко открыт, подбородок смещается вниз, жевательные мышцы напряжены, щеки уплощены.

При пальпации головка нижней челюсти прощупывается под скуловой дугой впереди суставного бугорка, область впереди от козелка уха западает. Со стороны наружного слухового прохода движения головки не определяются. Положение заднего края ветви челюсти имеет косое направление. Угол челюсти сближается с сосцевидным отростком. Для диагностики необходима томограмма височно-нижнечелюстных суставов.

При острых вывихах значительно растягиваются связки сустава, что может привести к привычному вывиху при отсутствии должного лечения и реабилитации. Застарелые невправимые вывихи требуют специального хирургического лечения.

Лечение: вправление вывиха под обезболиванием (проводниковая по Берше-Дубову или анфильтрационная анестезия). Больной усаживается на низкий стул, чтобы голова упиралась в стенку или спинку стула, а нижняя челюсть находилась на уровне локтевого сустава руки врача. Врач становится впереди больного, накладывает большие пальцы обеих рук, обернутых плотными слоями марли или полотенцем, на коренные зубы нижней челюсти справа и сле-

ва. Остальными пальцами охватывает челюсть снизу. При двустороннем вывихе вправление проводят одномоментно. Совершают толчок кзади, быстро убирают большие пальцы с поверхности зубов во избежание их прикусывания. После вправления вывиха иммобилизируют нижнюю челюсть пращевидной повязкой, стандартной пластмассовой пращой или межчелюстными лигатурами. Иммобилизацию проводят на 12–14 дней с обязательным назначением челюстной диеты. При привычных вывихах рекомендуется ортопедическое лечение.

Переломы нижней челюсти – это происходящее по тем или иным причинам частичное или полное (в зависимости от разновидности перелома) нарушение целостности кости нижней челюсти.

В подавляющем большинстве случаев перелом нижней челюсти возникает в результате какого-либо рода механической травмы (авария, драка, падение, занятия спортом, огнестрельное ранение и т.д.).

В некоторых случаях перелом нижней челюсти может самопроизвольно возникнуть под влиянием общих заболеваний (например, таких, как опухоль кости, остеомиелит и т.д.).

Переломы нижней челюсти могут располагаться в разных местах челюсти, гораздо чаще встречаются у мужчин, чем у женщин.

Виды и формы переломов нижней челюсти

В зависимости от характера повреждений кости челюсти, их причин и последствий переломы нижней челюсти могут быть следующих видов:

Полный перелом нижней челюсти – перелом, в результате которого происходит смещение отломков челюсти, которые в зависимости от линии перелома могут быть по форме косыми или поперечными, а по количеству – двойными, множественными или оскольчатыми.

Неполный перелом нижней челюсти – перелом без смещения отломков челюсти.

Открытый перелом – перелом нижней челюсти, сопровождающийся разрывами мягких тканей лица и слизистой оболочки ротовой полости.

Закрытый перелом – перелом нижней челюсти, при котором место травмы остается закрытым мягкими тканями.

Последствия перелома нижней челюсти

Перелом нижней челюсти может привести к следующим последствиям:

- патологическое смещение одной части зубного ряда относительно другой (либо спереди назад, либо снизу вверх);
- образование промежутков между зубами по линии перелома;
- смещение отломков челюсти под воздействием силы мышц и собственной тяжести;
- смещение зубов со своей нормальной позиции;
- образование аномалий прикуса;
- сильные болевые ощущения в области перелома, усиливающиеся при движении челюсти;
- нарушение функций дыхания, речи, глотания, жевания;
- потеря чувствительности (онемение) в нижней части лица (подбородок, губы);
- западение языка (в случае двойного перелома нижней челюсти);
- общее недомогание;
- головная боль, тошнота, головокружение.

По наличию данных последствий, как правило, и диагностируется перелом нижней челюсти.

При этом перелом нижней челюсти может привести и к нарушению работы других органов – например, к сотрясению головного мозга и, как результату этого, – потере сознания, кровотечению из ушей и т.п.

Осложнения при переломе нижней челюсти могут повлечь за собой некоторые тяжелые заболевания, например, менингит, остеомиелит и др.

Диагностика и лечение перелома нижней челюсти

Перелом нижней челюсти диагностируется по некоторым внешним признакам, а также посредством пальпации, которая выявляет место перелома.

Для более точного и тщательного диагноза необходимо обязательное рентгенологическое обследование.

При оказании первой помощи при переломе нижней челюсти следует:

- зафиксировать нижнюю челюсть плотной пращевидной повязкой;
- остановить возможное кровотечение посредством стерильной повязки и тампонов;
- в случае артериального кровотечения прижать поврежденный сосуд;
- освободить полость рта от затрудняющих дыхание инородных наполнителей (сгустков крови, рвотной массы и т.п.);
- зафиксировать язык (в случае его западания, затрудняющего дыхание);
- обеспечить травмированному состояние покоя;
- приложить к области перелома холодный компресс.

После оказания первой помощи пострадавшего необходимо как можно быстрее отправить в ближайшую больницу, где ему будет оказана квалифицированная медицинская помощь.

Перевозить пострадавшего с переломом нижней челюсти в больницу необходимо в положении сидя, а лучше всего – лежа на боку или вниз лицом. Если же пострадавший потерял сознание, то его перевозят в положении лежа на спине с повернутой вбок головой.

В условиях больницы в первую очередь производится обработка раны, после чего пострадавшему в случае необходимости проводится перевязка крупных кровеносных сосудов, рассечение трахеи и введение туда специальной трубки для облегчения дыхания, а также комплекс противошоковых мероприятий.

Лечебные мероприятия при переломе нижней челюсти в зависимости от характера травмы могут включать в себя следующие врачебные действия:

- совмещение отломков челюстной кости (одномоментно или постепенно) под местной анестезией;
- жесткую фиксацию отломков челюстной кости на период восстановления ее целостности с помощью специальных шин;
- создание комфортных условий в области перелома для восстановления кости;
- профилактическую противомикробную и общеукрепляющую терапию (антибиотики, витамины, физиотерапия)

с целью предотвращения инфекционно-воспалительных осложнений в области перелома.

В случае необходимости при лечении перелома нижней челюсти могут быть проведены *хирургические мероприятия*:

- сшивание кости специальной проволокой или капроновой жилой;

- закрепление кости металлическими спицами;

- закрепление отломков кости посредством специальных наkostных металлических пластинок;

- закрепление кости особыми внеротовыми конструкциями;

- если разрушения кости нижней челюсти достаточно обширны и повлекли при этом серьезные обширные повреждения лица, то в данном случае проводится ряд сложных восстановительных пластических операций с применением сложных лицевых и челюстных протезов.

Главная цель лечения перелома нижней челюсти – максимально быстро и эффективно добиться сращения отломков челюсти и восстановления нормального прикуса зубов.

Если перелом нижней челюсти неосложненный, то его лечение составляет в среднем 3–4 недели. Сроки лечения осложненных переломов зависят от степени и характера осложнений.

После завершения лечения и снятия шин проводится обязательный курс механотерапии и лечебной гимнастики для восстановления нормального функционирования жевательных мышц и подвижности височно-нижнечелюстного сустава.

Перелом верхней челюсти

Более чем в половине случаев подобных травм перелом верхней челюсти возникает в результате механического воздействия на челюстно-лицевую область (удар, авария, занятия спортом, падение, огнестрельное ранение и т.п.).

Чем выше проходит линия перелома и чем большая часть кости верхней челюсти отделяется от кости черепа, тем тяжелее состояние пострадавшего и сильнее вероятность возможных осложнений.

Перелом верхней челюсти – это довольно опасная травма, которая может привести к развитию таких осложнений, как сотрясение мозга, менингит, остеомиелит и т.д.

Виды, формы и признаки перелома верхней челюсти

По аналогии с любыми другими переломами выделяются следующие разновидности перелома верхней челюсти:

– *полный перелом верхней челюсти* – со смещением отломков челюсти (вниз, внутрь или в стороны), которые по своему характеру могут быть поперечными, косыми и зигзагообразными.

– *неполный перелом верхней челюсти* – без смещения отломков челюсти

– *открытый перелом верхней челюсти* – с повреждением и нарушением целостности мягких тканей лица в области перелома, сопровождающимся травмами кожного покрова лица и кровотечением;

– *закрытый перелом верхней челюсти* – без нарушения целостности мягких тканей лица.

Специфическая классификация с учетом строения верхней челюсти и характера травмы делит переломы верхней челюсти на три типа.

Лефор-I. Жалобы: двоение в глазах, болезненное глотание, наличие инородного тела в горле, плохое открывание рта.

Объективно: лицо одутловатое, симптом очков, в вертикальном положении лицо удлинено, глазные яблоки смещены книзу, глазная щель расширена, экзофтальм.

Отмечается крепитация в области корня носа и верхне-наружного угла глазницы; имеется костный выступ; при открывании рта болезненность увеличивается, ограничено.

Рентгенографически: нарушение непрерывности костной ткани, снижение прозрачности верхнечелюстных пазух.

При переломах основания черепа возможна ликворея: скрытая либо ликвор поступает в нос, стекает по задней стенке глотки.

Лефор-II. Жалобы: см. Лефор-I; онемение кожи подглазничной области, верхней губы, крыла носа; слезотечение (при повреждении носослезного канала), снижение обоняния.

Объективно: конфигурация лица изменена, кровоподтеки в области нижнего века, кровоизлияния под конъюнктиву, возможна подкожная эмфизема лица; нарушение чувствительности кожи в подглазничной области. На подглаз-

ничном крае определяется костная «ступенька». В области носолобного шва определяется крепитация. Может быть кровотечение из носа, рта, носоглотки, по переходной складке.

Рентгенологически: в аксиальной проекции – нарушение непрерывности кости в области переносицы, нижнего края глаза; снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи. Обнаружение ступеньки в области турецкого седла говорит о переломе основания черепа.

Лефор-III. Жалобы: боль в области верхней челюсти, нарушение жевания, речи; затруднено открывание рта, кровотечение.

Объективно: изменение конфигурации лица, припухлость верхней губы, сглаженность носогубных складок; ссадины, кровоподтеки. Наблюдается кровоизлияние по переходной складке, разрывы слизистой оболочки альвеолярного отростка.

Нарушение прикуса: симптом не прямой нагрузки положительный; определяется неподвижность отлома.

Рентгенологически: нарушение целостности кости в области скулоальвеолярного гребня в аксиальной проекции; снижение прозрачности верхнечелюстных пазух.

Лечение перелома верхней челюсти

Перелом верхней челюсти, как правило, диагностируется по ряду внешних признаков, а также с помощью пальпации в области травмы.

Более точный диагноз и клиническую картину может показать лишь рентгенограмма, которая обязательно проводится в случае подобных травм.

Прежде чем пациент с травмой верхней челюсти получит квалифицированную помощь в медицинском учреждении, ему обязательно следует оказать первую помощь:

- устранить дыхательную недостаточность в случае нарушения дыхания, для чего при необходимости освободить полость рта от мешающих дыханию инородных тел;
- обездвижить челюсть с помощью теменно-подбородочной повязки;
- остановить возможное кровотечение;
- наложить холодный компресс на место травмы;
- зафиксировать язык, если наблюдается его западание;

- по возможности провести обезболивание с помощью доступных препаратов;
- обеспечить состояние покоя для будущей транспортировки пострадавшего в больницу.

После получения первой помощи пострадавший с переломом верхней челюсти должен быть как можно быстрее транспортирован в ближайшую больницу, где он получит квалифицированную медицинскую помощь.

Транспортировка пострадавшего производится либо лежа на боку, либо лицом вниз.

Квалифицированная врачебная помощь в условиях больницы при переломе верхней челюсти включает в себя следующие процедуры:

- обработка области травмы
- обеспечение нормального выполнения дыхательных функций (для чего в случае необходимости проводится трахеотомия);
- совмещение отломков костей челюсти под местным обезболиванием;
- надежная фиксация отломков костей челюсти посредством шинирования, а также (в случае необходимости) с помощью специальных конструкций (спиц, пластин, внеротовых конструкций);
- антимикробная и общеукрепляющая терапия для предотвращения разного рода осложнений в области перелома.

После окончания лечения обязательно проводится курс механотерапии и лечебной гимнастики для восстановления нормального функционирования жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

Осложнения: остеомиелит, гайморит, безельный менингит, неправильное сращение отломков, нарушение прикуса, деформация лица.

Переломы костей носа, скуловой кости и скуловой дуги

Переломы костей носа составляют около 10% всех переломов лицевого скелета, могут сопровождаться переломами орбиты, придаточных пазух носа, решетчатого лабиринта. Почти у 40% больных имеет место сочетанная черепно-мозговая травма.

Клиническая картина: деформация носа (искривление, уплощение, боковое смещение), отек мягких тканей, носовое кровотечение, затруднение носового дыхания. При пальпации отмечается подвижность костных отломков.

Лечение: репозиция отломков под местной инфильтрационной анестезией. Проводят специальными элеваторами или кровоостанавливающим зажимом с надетой на него резиновой трубкой. Инструмент осторожно вводят в носовой ход, приподнимают запавшие осколки и вправляют их надавливанием пальца. Перед вправлением следует удалить сгустки крови из носовых ходов, а после репозиции ввести по нижнему носовому ходу смоченные вазелиновым маслом полихлорвиниловые трубки. Последние обеспечивают носовое дыхание и избавляют больного от образования синехий.

Переломы скуловой кости и скуловой дуги составляют около 10% всех переломов костей лица. Травма скуловых костей может наступить в результате прямого удара или при сдавливании лицевого скелета. Смещение отломков зависит от направления травмирующей силы и редко — от сокращения мышц. Переломы скуловой кости почти у половины больных сопровождаются сочетанными повреждениями верхней челюсти (верхнечелюстная пазуха), костей орбиты и носа. У 30% больных наблюдаются черепно-мозговые повреждения.

Клиническая картина: отек мягких тканей в подглазничной и околоушно-жевательной областях, распространяющийся на нижнее и верхнее веко; западение скуловой области после уменьшения отека мягких тканей, кровотечения из носа и ушей; боли и ограничения при открывании рта и при жевании; головокружение; шум в ушах; понижение слуха и остроты зрения (диплопия); кровоизлияния в сетчатку глаза, энофтальм; смещение глазного яблока вниз; подкожная эмфизема лица на стороне повреждения; изменение чувствительности в области иннервации нижнеглазничного нерва.

Лечение зависит от степени смещения отломков, характера перелома и сроков оказания помощи после травмы. Переломы без смещения лечатся консервативно. Репозицию отломков проводят под местной анестезией. При незначительном смещении отломки можно вправить пальцем со стороны преддверия полости рта, лопаткой Буяльского или

шпателем, крючком Лимберга. После вправления больной должен ограничить открывание рта, принимать жидкую пищу до 12–14-го дня после травмы.

Доврачебная помощь оказывается как неотложная помощь по жизненным показаниям на месте происшествия, на санитарных постах, здравпунктах, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах. При оказании неотложной помощи пострадавшим усилия должны быть направлены в первую очередь на остановку кровотечения, предупреждение асфиксии и шока.

Средние медицинские работники (фельдшер, акушерка, медицинские сестры) должны знать основы диагностики повреждений лица, элементы первой помощи и особенности транспортировки больных.

Объем доврачебной помощи зависит от характера повреждения, состояния больного, обстановки, в которой эта помощь оказывается, и квалификации указанных выше медицинских работников.

Медицинский персонал должен выяснить время, место и обстоятельства травмы, провести необходимое обследование, поставить предварительный диагноз и выполнить ряд лечебных и профилактических мероприятий.

Борьба с кровотечением. Обильная сеть кровеносных сосудов челюстно-лицевой области создает благоприятные условия для кровотечения при повреждениях лица. Кровотечение может происходить не только наружу или в полость рта, но и в глубину тканей (скрытое кровотечение).

При кровотечениях из мелких сосудов можно прибегнуть к тампонаде раны и к наложению давящей повязки (если это не вызовет угрозу асфиксии или смещение отломков челюстей). При помощи давящей повязки может быть остановлено большинство кровотечений при ранениях челюстно-лицевой области. При ранениях крупных стволов наружной сонной артерии (язычной, лицевой, нижнечелюстной, внутренней челюстной, поверхностной височной артерии) неотложная помощь – временная остановка кровотечения – может быть осуществлена пальцевым прижатием.

Предупреждение асфиксии и борьба с ней. Необходимо правильно оценить состояние больного, обратить внимание на характер его дыхания и положение. Больного следует

усадить, слегка наклонив вперед и с опущенной вниз головой, или – в более тяжелых случаях (тяжелая множественная травма) и при потере сознания – уложить на спину, повернув голову в сторону ранения или на бок. Если позволяет травма, можно уложить вниз лицом.

Наиболее частой причиной асфиксии является западение языка, которое возникает при раздроблении тела нижней челюсти, особенно подбородочного отдела, при двойных ментальных переломах. Одними из эффективных методов борьбы с этой дислокационной асфиксией (Г.М. Иващенко) являются фиксация языка при помощи шелковой лигатуры и прокалывания безопасной булавкой. Тщательный осмотр полости рта и удаление сгустков крови, инородных тел, слизи, остатков пищевых и, нередко, рвотных масс предупредят развитие obturационной асфиксии.

Противошоковые мероприятия. Проведение противошоковых мероприятий в первую очередь должно сводиться к своевременной остановке кровотечения, устранению асфиксии и осуществлению транспортной иммобилизации. Борьба с шоком должна включать в себя весь комплекс мероприятий, проводимых раненым в состоянии шока при повреждениях других областей тела.

Для предупреждения дальнейшего инфицирования раны необходимо наложить асептическую (защитную) марлевую повязку из индивидуального пакета. При этом надо помнить, что при переломах костей лица нельзя туго затягивать бинт во избежание смещения отломков костей, особенно нижней челюсти. При переломах челюстей для транспортной иммобилизации целесообразно наложение фиксирующих повязок: обычных марлевых, пращевидных и круговой, жесткой подбородочной пращи или стандартной транспортной повязки, состоящей из подбородочной пращи и мягкой головной шапочки. При необходимости транспортировки больного в специализированное учреждение на дальнее расстояние может быть наложена гипсовая пращевидная повязка.

Средним медицинским работникам воспрещается накладывать швы на раны мягких тканей при любых повреждениях лица. Надо наложить на рану асептическую повязку, ввести антибиотики и срочно направить пострадавшего в специализированное учреждение. Необходимо четко запол-

нить направление в лечебное учреждение, указав все, что проделано больному, обеспечить правильный способ транспортировки. При указаниях в анамнезе о потере сознания обследование больного, оказание помощи и транспортировка должны проводиться только в положении лежа.

В оснащении фельдшерского пункта должно быть предусмотрено все необходимое для оказания первой доврачебной помощи при травме лица, в том числе для кормления и утоления жажды (поильник и пр.). При массовом поступлении пострадавших (в результате аварий, катастроф и т.п.) важной задачей фельдшера (медицинской сестры) будет являться эвакуационно-транспортная сортировка пострадавших, т.е. установление очередности эвакуации и определение положения раненых во время транспортировки.

Репозиция и закрепление отломков

Репозиция отломков может быть одномоментной или постепенной. Одномоментную бескровную репозицию отломков необходимо производить под местной инфильтрационной и проводниковой анестезией. Инфильтрационное обезболивание осуществляется в области перелома, проводниковое – для блокирования луночкового нерва. Всегда следует стремиться к максимально полной репозиции отломков. Однако допустимо сохранение небольшого смещения отломков при условии, что между ними имеется хороший концевой контакт, а их положение обеспечивает нормальную артикуляцию зубов верхней и нижней челюстей. Если одномоментная бимануальная репозиция безуспешна, можно применить постепенную репозицию отломков с помощью внеротовой или межчелюстной тяги, а также аппаратов. Когда постепенная репозиция невозможна или неэффективна, показана одномоментная хирургическая репозиция отломков челюсти.

Закрепление отломков. Временная транспортная иммобилизация осуществляется с помощью подбородочно-временных повязок разных конструкций либо путем межчелюстного лигатурного связывания зубов бронзово-алюминиевой проволокой по Айви или А.А. Лимбергу. При переломе нижней челюсти для постоянной фиксации отломков чаще используются проволочные назубные шины,

идея применения которых принадлежит С.С. Тигерштедту. Наряду с индивидуальными проволочными шинами применяются стандартные ленточные стальные шины с зацепными крючками конструкции Васильева, шины из быстротвердеющей пластмассы, шины из эластической пластмассы конструкции Ж.Б. Уразалина. А.В. Клементов упростил закрепление отломков нижней челюсти при свежих травматических переломах. После ручной репозиции отломков он привязывает проволочную шину к зубам всего только двумя-тремя лигатурами, а затем берет небольшое количество стиракрила, укладывает его вдоль шины и пальцем, смоченным в воде или смазанным вазелином, слегка вдавливают в межзубные промежутки так, чтобы стиракрил не попадал на слизистую десен и на жевательную поверхность зубов. Такая методика сокращает время, необходимое для шинирования, с 1,5–2 ч до 30–40 мин.

Временное и постоянное шинирование. Наиболее часто иммобилизацию отломков челюстей производят назубными шинами из алюминиевой проволоки сечением 1,8–2 мм. Назубные шины могут быть одночелюстные, двучелюстные, гладкие или с зацепными крючками для межчелюстного вытяжения и закрепления отломков челюстей. Применяются также шины с распорчным изгибом.

Одночелюстную шину используют при линейных переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда, когда на коротком отломке имеется не менее 2–3 здоровых неподвижных зубов и смещение отломков легко устраняется одномоментной бимануальной репозицией. Одночелюстная шина может быть также применена при переломах альвеолярного отростка нижней и верхней челюстей, когда на неподвижных соседних участках есть достаточное количество здоровых и устойчивых зубов.

Шины с зацепными крючками применяют при переломах нижней челюсти за пределами зубного ряда или смещении отломков, которое невозможно устранить одномоментной бимануальной репозицией; при двойных и множественных переломах, наличии незначительных костных дефектов челюсти. Двучелюстные шины с зацепными крючками накладывают и при переломах верхней челюсти со смещением отломков. Таким пациентам дополнительно изготов-

ливают подбородочную гипсовую пращу, опорную шапочку и осуществляют внеротовое эластическое вытяжение. Двучелюстное шинирование при переломах челюстей возможно лишь при наличии достаточного количества устойчивых зубов на нижней и верхней челюстях. Шина с распорочным изгибом может быть применена при отсутствии группы зубов или при незначительном дефекте костной ткани, но при возможности проведения одномоментной бимануальной репозиции отломков. В случае дефекта костной ткани целесообразнее изготовить шину с зацепными крючками и с распорочным изгибом.

Для изготовления проволочных шин необходимы следующие инструменты и материалы: краптонные щипцы, щипцы-плоскогубцы, коронковые ножницы, напильник для металла со средней насечкой, анатомический пинцет, стоматологический пинцет, зажим Пеана, алюминиевая проволока, лигатурная бронзово-алюминиевая проволока, резиновые кольца, нарезанные из медицинской трубки диаметром 5 мм.

Для шинирования одного пострадавшего требуется в среднем 8 г алюминиевой проволоки и 9 г бронзово-алюминиевой.

В зависимости от состояния зубного ряда (полный, неполный), положения отдельных зубов конец шины оформляют или в виде крючка, охватывающего шейку зуба со щечной, дистальной и язычной сторон, или в виде шипа, входящего в межзубный промежуток (до его половины). После изготовления крючка или шипа на одном из концов шины, последовательно изгибая ее на всем протяжении, приступают к изготовлению зацепных крючков. После каждого изгиба шины примеряют на пациенте. Правильно выгнутая шина должна иметь точечный контакт с каждым из зубов. При изготовлении шины ее необходимо фиксировать краптонными щипцами или плоскогубцами, несколько отступив от места изгиба, а свободный конец изгибать пальцами. Следует стремиться расположить зацепные крючки соответственно коронке зуба, а не в межзубном промежутке. Крючков должно быть не менее 5–6. Расстояние между ними 10–15 мм, их длина 3,5–4 мм. Зацепные крючки изгибают под углом 35–40° к горизонтальной плоскости шины.

Шину закрепляют к зубам лигатурной бронзово-алюминиевой проволокой. Лигатуру проводят с язычной (нёбной) стороны через межзубные промежутки с обеих сторон зуба в направлении преддверия полости рта, один конец проволоки над шиной, другой – под ней. После этого, плотно прижимая шину пальцем к зубной дуге, захватывают оба конца лигатуры зажимом Пеана и скручивают их вместе по ходу часовой стрелки, причем проволоку надо натягивать, добываясь плотного ее прилегания к шейке зуба. Излишек проволоки срезают коронковыми ножницами, оставляя конец длиной около 5–7 мм, который плотно подгибают к шине (ниже шины на верхней челюсти и выше – на нижней). При проведении лигатур не следует повреждать десневые сосочки. Чтобы ускорить закрепление шины до ее наложения, можно провести в межзубные промежутки все лигатуры. Затем накладывают шину и скручивают лигатуры по указанной выше методике.

После закрепления шины на зацепные крючки накладывают резиновые кольца. Часто репозицию отломков производят одномоментно; при тугоподвижных отломках этот процесс затягивается на несколько часов или даже суток. В этих случаях между контактирующими зубами помещают полоску резины толщиной 5 мм и фиксируют ее лигатурной проволокой. Благодаря такой «прокладке-пелоту» происходит постепенное репонирование отломков челюсти. В целях сокращения времени для изгибания шины из алюминиевой проволоки применяются ленточные стандартные шины, штампованные шины из листовой нержавеющей стали (поставляются Белмедтехникой).

Методы временной и окончательной остановки кровотечения

Метод временной остановки кровотечения:

- полусидячее положение больного и поднятие его головы;
- наложение давящей повязки. Необходимо учитывать, что при переломах челюстей давящие повязки опасны из-за возможного смещения отломков костей и асфиксии;
- пальцевое прижатие кровоточащих сосудов: височную артерию прижимают к скуловой дуге; лицевую артерию прижимают впереди собственно жевательной мышцы, отступив

2 см от угла нижней челюсти; общую сонную артерию прижимают у середины внутреннего края кивательной мышцы к сонному бугорку поперечного отростка VI шейного позвонка; местно – холод на лицо и шею при внутренних кровоизлияниях;

– наложение кровоостанавливающих зажимов на кровоточащий сосуд (зажимы, наложенные на сосуды, удаляют на 8–12-й день, т.е. при их самопроизвольном отхождении вместе с частью сосуда, когда образуется прочный тромб);

– тампонада кровоточащих костных каналов и отверстий полимерными материалами, костными опилками или воском.

Методы окончательной остановки кровотечения:

1. Хирургические, или механические: наложение давящих повязок, перевязка сосуда в ране, зашивание раны, тампонада раны, вшивание тампона в рану, тампонада раны с последующим наложением шва на кожу, тампонада костных каналов, перевязка сосудов на протяжении, сосудистый шов.

2. Физические методы: холод, горячий раствор для свертывания крови, электрокоагуляция и др.

3. Химические методы: витамины К и С, 10% раствор хлорида кальция внутривенно или внутрь; повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия и др.

4. Биологические методы: лошадиная сыворотка – по 20–40 мл под кожу, переливание гемостатических доз крови или плазмы, тампоны, смоченные лошадиной сывороткой, пересадка живых тканей в рану (мышцы), фибринная пленка, тромбин, гемостатическая губка или вата.

Способ остановки кровотечения при ранениях и повреждениях лица и шеи зависит от анатомических особенностей и степени разрушения тканей и органов данной области.

Остановка кровотечения при повреждении кожных покровов:

– мелкие ранения – давящая повязка;
– разрыв кожи – давящая повязка с последующим наложением глухих швов.

Остановка носового кровотечения:

– при кровотечении из мягких покровов носа – наложение косметических швов или легкой давящей повязки;

– при переломах костей носа – вправление отломков и проведение передней тампонады полости носа;

– при кровотечении из внутренних стенок передней части полости носа – передняя тампонада.

Остановка кровотечения при повреждениях скуловой кости:

– перевязка сосудов в ране и применение других способов, описанных ранее;

– если при повреждении скуловой дуги произошел разрыв наружного слухового прохода, то кровотечение останавливают узким марлевым тампоном или дренажной эластичной трубкой, введенной в наружный слуховой проход.

Остановка кровотечения при повреждениях верхней челюсти:

– при кровотечении из верхнечелюстной пазухи и носа – тампонада по Беллоку или дренажными трубками;

– при кровотечении из открытой верхнечелюстной пазухи – тампонада пазухи через кожную рану на лице либо со стороны полости рта (тампон можно смочить 3% раствором перекиси водорода, 10% раствором хлорида кальция);

– при кровотечении из ран альвеолярного отростка – ушивание слизистой оболочки или тампонада раны (тампон можно удержать швом или дать прикусить пострадавшему);

– при кровотечении из ран твердого и мягкого нёба – наложение швов на слизистую оболочку, а при дефектах тканей – тампонада раны;

– иммобилизация отломков челюсти, которая способствует остановке кровотечения;

– при упорных кровотечениях в редких случаях перевязывают наружную сонную артерию, но при этом необходимо помнить о коллатеральном кровотечении.

Остановка кровотечения при повреждении нижней челюсти:

– швы на слизистую оболочку альвеолярного отростка и дна полости рта;

– тампонада на месте дефекта кости;

– тампонада нижнечелюстного канала (воском, кетгуттом, клинья из пластических масс);

– надежная иммобилизация перелома челюсти;

– в исключительных случаях – перевязка наружной сонной артерии.

Остановка кровотечения из ран языка:

– ревизия раны для удаления инородных тел (осколков костей и зубов, пули);

– наложение шва на рану;

– при травматической ампутации языка – перевязка в культе глубокой артерии языка. Перевязать язычную артерию в треугольнике Пирогова не удастся из-за наличия поврежденных тканей. Поэтому хирург вынужден перевязывать наружную сонную артерию.

Профилактика осложнений заключается:

– в своевременном и правильном оказании медицинской помощи больному, своевременная, надежная и достаточно длительная иммобилизация челюсти;

– в решении «судьбы» зуба, находящегося в щели перелома, и хирургической санации полости рта. Все зубы, оставшиеся в линии перелома (интактные зубы), проверяют на жизнеспособность пульпы. При необходимости их трепанируют и пломбируют (чаще однокорневые) или удаляют. После удаления зуба из линии перелома при отсутствии гнойного воспаления лунку следует ушить наглухо;

– в тщательном уходе за полостью рта (гигиена полости рта). С этой целью после каждого приема пищи больному следует пользоваться зубочистками и проводить после этого полоскания или ирригацию полости рта растворами антисептиков;

– в назначении противовоспалительной (антибактериальной) терапии. Важно только, чтобы она не подменяла другие, вышеуказанные способы профилактики воспаления;

– в проведении всего комплекса мероприятий, направленных на ускорение регенерации костной ткани (физиотерапия, лечебная гимнастика, сбалансированное питание, витаминотерапия, ранняя функциональная нагрузка, иммунотерапия).

Примечание:

Своевременное и правильное оказание помощи имеет решающее значение для исходов лечения больных с повреждениями костей лицевого скелета.

Каждый медицинский работник, призванный оказывать помощь больному с травмой, должен исключить элементы паники, растерянности, уметь правильно и быстро осуществлять ме-

дицинскую сортировку, решать вопрос о средствах транспортировки, соблюдать преемственность в оказании помощи. Помощь больным при травме лица складывается из доврачебной помощи, первой врачебной помощи, квалифицированной помощи, специализированной помощи.

Доврачебная помощь должна оказываться на санитарных постах, здравпунктах, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах.

Объем первой доврачебной помощи состоит из выполнения следующих мероприятий:

1. Наложение асептической повязки на рану с целью остановки кровотечения и предупреждения дальнейшего инфицирования раны.

2. Временная остановка кровотечения путем прижатия сосуда.

3. Предупреждение асфиксии и борьба с ней – усадить или уложить пострадавшего, голову повернуть набок. В тяжелых случаях уложить лицом вниз, подложив валик под голову. При раздроблении подбородочного отдела нижней челюсти, двойных переломах в области подбородочного отдела нижней челюсти, сопровождающихся западением языка, необходимо фиксировать язык, проколов его английской булавкой в продольном направлении по средней линии. Булавку надо укрепить бинтом за шею или к одежде.

4. Проведение первичной транспортной иммобилизации. Для этой цели использовать мягкую бинтовую працевидную круговую повязку, стандартную працевидную повязку. На фельдшерских пунктах в сельских районах, откуда больной направляется в город на длительное расстояние, нужно хорошо зафиксировать нижнюю челюсть к верхней, а при переломах последней – обе челюсти к своду черепа.

5. Проведение противошоковых мероприятий при травме челюстей должно начинаться со своевременной иммобилизации. Введение морфийных препаратов при сочетанной черепно-лицевой травме не рекомендуется (боязнь угнетения дыхательного центра).

6. Обязательное введение противостолбнячной сыворотки.

7. Следует запретить наложение швов на кожную рану при обширных открытых повреждениях лица с нарушением костей. В этих случаях перед длительной транспортировкой нужно ввести антибиотики длительного действия как парентерально, так и местно.

8. Четко заполнить направление в лечебное учреждение, указав все, что проведено больному. Обеспечить правильную транспортировку.

9. Зарегистрировать травму, характер ее в специальный журнал учета травматизма.

Питание больных с повреждением ЧЛО и уход за ними

Питание больных с повреждением челюстно-лицевой области имеет свои особенности. Ввиду нарушения у таких больных функции жевания, а иногда и глотания они должны получать пищу в измельченном, кашцеобразном, а иногда и в полужидком виде.

Для введения полужидкой пищи пользуются поильником, на носик которого надевают дренажную трубку длиной 20–25 см. Конец резиновой трубки вводят в полость рта. При межчелюстном скреплении трубку проводят через дефект зубного ряда, а при наличии всех зубов ее продвигают в преддверие рта за последний большой коренной зуб. Приподнимая поильник и несколько наклоняя его, вливают в полость рта небольшими порциями полужидкую пищу.

В первые дни, чтобы больной, не приучившийся пользоваться поильником, не захлебнулся, следует периодически сжимать пальцами резиновую трубку, надетую на носик поильника. Так можно обеспечить поступление в рот количества пищи, необходимого для небольшого глотка. В дальнейшем больные сами сжимают пальцами трубку, регулируя поступление пищи.

Некоторые больные вводят в рот измельченную или кашцеобразную пищу с помощью чайной ложки и засасывают ее через промежутки в зубном ряду.

При обширных повреждениях челюстно-лицевой области или присоединяющихся воспалительных процессах, обуславливающих невозможность глотания пищи, приходится в течение некоторого времени вводить пищу или с помо-

кой сетки. Для дезодорации рекомендуется разбрызгивание скипидара, соснового экстракта, озонирование. При этом на грудь и подушку больного должна быть обязательно положена клеенка.

Уход за полостью рта, промывание его и очистка шин имеют ведущее значение в системе обслуживания больных с травмой челюстно-лицевой области. Промывание рта проводится с целью не только дезинфекции, но и дезодорации, так как остатки пищи и отделяемое раны способствуют возникновению неприятного запаха (запах гниения), создают условия для развития осложнений ран, замедляют заживление.

Промывание (ирригацию) удобнее проводить при помощи кружки Эсмарха с резиновым или стеклянным наконечником. Кружка помещается на высоту около 1 м над больным для создания необходимого давления дезинфицирующей жидкости. Можно также пользоваться резиновым баллоном, шприцем Жане и даже 20–50-граммовыми шприцами.

Для промывания используют теплый раствор фурацилина 1:5000; для энергичного смывания (удаления) слизи применяют щелочные растворы 1–2% гидрокарбоната.

Для освежения и очищения полости рта можно использовать мятную воду – по 20–30 капель на 1,5–2 л теплой воды. При отсутствии повязок рот промывают до и после еды, иногда чаще, обязательно перед сном.

При наличии повязок промывание производится только после еды, при этом приходится менять и повязку: сначала промывают рот, чистят шины, а затем проводится повторное промывание.

Лучшее положение для промывания – сидячее, с несколько наклоненной вперед и книзу головой.

Грудь больного закрывается клеенкой, и на уровне шеи помещается почкообразный тазик. Шпателем или ложечкой осторожно оттягивают губы, угол рта и заводят за щеку наконечник, который следует продвигать осторожно во всех направлениях по углублениям слизистой. Струю жидкости сначала направляют по сводам преддверья, а затем в полость рта. У лежачего больного во время промывания голову поворачивают набок.

В стационарных условиях необходимо выделить специальное помещение для промывания полости рта у ходячих

больных (умывальная комната), где должна быть укреплена бутылка с раствором для промывания и набор наконечников.

Опыт показал, что не все остатки пищи удается удалить путем промывания, приходится прибегать также к механической очистке шин. Для этой цели лучше всего пользоваться ватной палочкой, смоченной в перекиси водорода; вводить ее в преддверие рта следует сзади наперед, иначе пена мешает видеть задние отделы шин. После очистки шин требуется повторное промывание. Съемные шины моют мылом со щеткой после каждого приема пищи и перед сном. Отсутствие запаха в палате, где лежит больной с травмой челюстно-лицевой области, – лучшее доказательство правильной постановки ухода.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области.
2. Этиология острой и хронической травмы зуба.
3. Клиническая картина ушиба зуба.
4. Лечение вывиха зубов.
5. Клиническая картина перелома зубов.
6. Клиническая картина перелома нижней челюсти.
7. Что вы понимаете под закрытыми переломами челюстно-лицевой области?
8. Классификация переломов по Лефору.
9. Отличие клинической картины при переломах Лефор–I и Лефор–III.
10. Лечение переломов верхней и нижней челюсти.

Глава XIII

ОПУХОЛИ ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Доброкачественные опухоли мягких тканей и костей лица классифицируют на четыре группы: *кистозные образования, одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования, доброкачественные опухоли мягких тканей, остеогенные опухоли челюстей*. К кистозным образованиям лица, органов полости рта и шеи относятся *одонтогенные кисты, врожденные кисты и свищи, а также кисты слюнных желез*.

Одонтогенные кисты и кисты слюнных желез

Одонтогенные кисты разделяют на околокорневые (радикулярные) и коронковые (фолликулярные). Околокорневые кисты встречаются значительно чаще фолликулярных и составляют 94–96% всех одонтогенных кист. Киста представляет собой полое образование, выстланное эпителиальной оболочкой и заполненное желтого или коричневого цвета жидкостью (трансудатом), содержащей кристаллы холестерина. Околокорневая киста увеличивается медленно, в течение ряда лет. Разрастаясь, она достигает 2–6 см в диаметре. Давление кисты на ткани зубов вызывает изменение направления оси зуба. Корни веерообразно расходятся (дивергенция), а коронки наклоняются друг к другу. При нагноении появляются клинические признаки острого воспалительного процесса. Большое значение в диагностике кист имеют рентгенография и электрооднотометрия. Особенностью фолликулярной кисты является ретенция – задержка прорезывания зуба.

Кисты слюнных желез. Ретенционные кисты малых слюнных желез образуются вследствие прикусывания участка губы или щеки и задержки выделения секрета. Киста имеет плотно-эластичную консистенцию, шаровидную форму. При повреждении оболочки кисты выделяется белесоватая или желтоватая жидкость. Лечение хирургическое. Кисту удаляют с участком слизистой рта или красной каймы губ и прилегающими дольками железы, рану зашивают наглухо узловатыми швами.

Кисты поднижнечелюстной и околоушной желез. Растут медленно, безболезненно. В области железы определяется эластичное, безболезненное образование. Цвет кожи не изменен. Диагноз подтверждается результатами цитологического исследования пунктата.

Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования

Амелобластома (адамантинома). Это одонтогенная опухоль эпителиального происхождения. Чаще она локализуется в области молярной группы зубов нижней челюсти, ее угла и ветви. Растут данные опухоли безболезненно. При нагноении у них появляются признаки воспалительного

процесса, что нередко приводит к ошибочной диагностике абсцесса или флегмоны. По мере роста опухоли зубы могут смещаться и расшатываться, что ведет к нарушению акта жевания. В диагностике огромное значение придают рентгенографии. Амелобластому следует дифференцировать с одонтогенной кистой, остеобластокластомой, внутрикостной гемангиомой, злокачественной опухолью.

Одонтогенная фиброма. Является разновидностью внутрикостных фибром челюстных костей. Она состоит из соединительнотканной стромы и остатков зубообразовательного эпителия. Клиническая диагностика трудна и проводится на основании данных патогистологического исследования.

Одонтома. Представляет собой конгломерат тканей зуба и периодонта. Основной тканью, из которой состоит одонтома, является дентиноподобное вещество, поэтому чаще распространены твердые одонтомы. В случае преобладания цементаподобной ткани опухоль называют цементомой.

Эпулис (наддесневик). Доброкачественное новообразование, располагающееся на альвеолярных отростках челюстей. Исходит из тканей периодонта. Различают три вида эпулиса: фиброматозные, ангиоматозные, гигантоклеточные. Эпулис достигает размеров 2–4 см. Чаще располагается в области фронтальной группы зубов на гребне альвеолярного отростка с вестибулярной, реже с язычной или нёбной стороны. Состоит из ножки, располагающейся на десне, и более широкой верхушки. Цвет гигантоклеточного эпулиса ярко-красный, иногда с буроватым или синюшным оттенком. На рентгенограмме выявляются участки резорбции кости, распространяющиеся с поверхности в глубь челюсти.

Опухоли мягких тканей лица и органов полости рта:

Фиброма. Состоит из зрелой волокнистой соединительной ткани. Имеет округлую форму, покрыта слизистой оболочкой бледно-розового цвета. Симметричные фибромы имеют сливообразную форму, располагаются на нёбной поверхности альвеолярных отростков верхней челюсти у третьих моляров. В ряде случаев симметричные фибромы локализируются с язычной стороны альвеолярного отростка нижней челюсти.

Фиброматоз десен. Это бугристое плотное разрастание, которое необходимо дифференцировать с гипертрофическим гингивитом. Слизистая оболочка при фиброматозе несколько гиперемирована.

Папиллома. Это сосочковое разрастание эпителия. Имеет вид цветной капусты бледно-розового или коричневого цвета. Различают мягкие и плотные папилломы. Опухоль в полости рта чаще располагается на языке, нёбе, слизистой щек. Она может легко травмироваться, инфицироваться и изъязвляться. Иногда папилломы уплотняются в результате гиперкератоза. Они нередко локализуются на губах. Такие папилломы относятся к факультативному предраку с большой потенциальной способностью к озлокачествлению.

Невус («родимое пятно»). Является органическим пороком развития главным образом чувствительных нервов. Невус иногда неотличим от нормального цвета кожи, но может быть темно-коричневым и даже черным. Размер опухоли варьирует от мелких узелков до обширных пятен, занимающих все лицо. Гигантские невусы реже подвергаются озлокачествлению.

Гемангиома. Возникает в результате врожденного порока развития кровеносных сосудов. Может обладать инфильтрирующим ростом. Чаще поражает мягкие ткани лица, реже распространяется на кость. В случае присоединения вторичной инфекции изъязвляется, возникают кровотечения, эмболии. Гемангиомы мягких тканей лица разделяют на капиллярные, кавернозные и ветвистые. Возможно сочетание сосудистого пятна и кавернозной гемангиомы, кавернозной и ветвистой гемангиом. Различают также ложные гемангиомы, к которым относятся плоские и звездчатые формы.

Лимфангиома. Является пороком развития лимфатических сосудов. Локализуется в области языка, губ, которые резко увеличиваются. При лимфангиоме языка вследствие инфильтрации нередко развиваются воспалительные явления, повышается температура тела. Язык темно-красного цвета, с хорошо развитыми сосочками. На этом фоне могут также появляться папилломатозные разрастания и глубокие борозды с большим количеством слущивающегося эпителия. Опухолевидные разрастания представ-

лены отдельными узлами розового цвета, возвышающимися над поверхностью языка.

Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена). Поражает все отделы лица: шею, щеки, висок, верхнее веко и вызывает деформацию этих областей.

Атерома. Образуется в результате задержки секрета саленных желез. Располагается на лице и волосистой части головы, может достигать значительных размеров. Атеромы бывают единичными и множественными. Опухоль имеет округлую форму, мягкоэластическую консистенцию. Цвет кожи обычно не изменен, но при нагноении атеромы появляются гиперемия кожи и отечность окружающих тканей.

Липома. Состоит из зрелой жировой ткани. При пальпации определяется дольчатость опухоли. Привычной локализации не имеет. Следует дифференцировать с атеромой, дермоидной кистой, сосудистыми опухолями.

Остеогенные опухоли челюстей:

Хондрома. Состоит из хрящевой ткани, встречается редко. Появляется в виде одиночного узла или нескольких узлов, расположенных внутри или выступающих на наружной поверхности челюсти. Опухоль часто рецидивирует после операции, выполненной недостаточно радикально.

Остеома. Образуется из нормальной костной ткани. В зависимости от строения бывают компактные, спонгиозные и смешанные виды. Опухоль может вызвать функциональные нарушения.

Остеобластокластома. Является истинной опухолью. Клеточный состав представлен одноядерными остеобластами и многоядерными остеокластами. В зависимости от рентгенологической картины различают ячеистые и диффузно-osteоклеточные остеобластокластомы. В ряде случаев озлокачивается. Следует дифференцировать от одонтогенной кисты, амелобластомы, хондромы, остеолитической саркомы.

Миксома. Опухоль из слизистой ткани. Возникает редко, растет медленно. Чаще поражает нижнюю челюсть. Опухоль мягкой консистенции, безболезненная, округлой либо узловатой формы. Миксома может озлокачиваться, трудно дифференцируется. Диагноз ставится только на основании результатов цитологического или гистологического исследования.

Злокачественные опухоли

Опухоли эпителиальной природы:

Рак губы. Частота заболевания по сравнению с раком других локализаций составляет 10%. Чаще заболевают мужчины в возрасте от 40 до 60 лет. Патологический процесс локализуется в местах, наиболее подверженных вредным внешним воздействиям. К предраковым состояниям красной каймы губ относятся различные виды дискератозов, упорно не заживающие трещины, хронические хейлиты, лейкоплакии, старческая атрофия, ороговевающие бородавки и папилломы. По гистологическому строению рак нижней губы в большинстве случаев бывает плоскоклеточным с ороговением, рак верхней губы – плоскоклеточным без ороговения. Очень редко встречаются базально-клеточные формы рака губ. Признаком озлокачествления является образование безболезненной язвы с неровным плотным дном и плотными краями. Основание язвы тоже уплотняется. При присоединении воспаления из язвы появляется гнойное отделяемое. Язвенная форма значительно злокачественнее, чем папиллярная и фунгозная. Она характеризуется быстрым ростом, разрушением ткани вглубь и большой склонностью к метастазированию.

Рак верхней челюсти. Верхняя челюсть поражается опухолью чаще, чем другие кости лицевого скелета. Данное заболевание встречается преимущественно у мужчин в возрасте 40–60 лет. Источником опухоли является слизистая верхнечелюстной пазухи, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба. Нередко патологический процесс возникает в верхнечелюстной пазухе. На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно. Позднее в зависимости от локализации симптоматика нарастает. Опухоль, располагающаяся в верхнечелюстной пазухе, может вызвать продолжительные боли, иногда отмечаются онемение в зубах, затруднение носового дыхания, появляются гнойные или кровянисто-гнойные выделения из носа с неприятным запахом. В более позднем периоде присоединяются утолщенные участки альвеолярного отростка, подвижность зубов, уп-

лощение свода неба. При передней риноскопии определяется выбухание внутренней стенки верхнечелюстной пазухи. Слизистая, покрывающая опухоль, инфильтрируется, приобретает синюшный оттенок. Диагностика затруднена. Томографические методы исследования позволяют уточнить распространенность процесса, а также особенности его локализации. Большую помощь в уточнении диагноза оказывает цитологическое исследование.

Рак нижней челюсти. Нижняя челюсть поражается реже, чем верхняя. Чаще болеют мужчины в возрасте 40–60 лет. Рак нижней челюсти развивается на фоне предраковых состояний слизистой оболочки полости рта: веррукозной или эрозивной лейкоплакии, папилломатоза с явлением гиперкератоза, хронической язвы и т.д. Вначале процесс протекает бессимптомно, поэтому ранние фазы развития рака обнаруживаются случайно. Клинические проявления зависят от характера роста опухоли. Распространение опухоли на окружающие ткани и по лимфатическим путям происходит быстрее, чем при раке верхней челюсти. По мере развития опухоли челюсть деформируется и увеличивается. Раковая опухоль в полости рта рано начинает распадаться, чему способствует обильная и разнообразная микрофлора; образуются язвы с глубоким дном, ткани как бы тают. Расшатывание зубов и воспалительные явления со стороны слизистой отмечаются позже. Рентгенологически определяются очаг деструкции с характерной нечеткостью границ, изъеденностью контуров очага деструкции, картина «тающего сахара».

Рак языка. Составляет 2% всех раковых заболеваний полости рта. Появляется без заметных предварительных изменений слизистой языка в виде поверхностного уплотнения (инфильтрата), узелка, изъязвления, трещины с уплотненными краями или в форме бородавчатого разрастания. Наиболее часто встречаются три формы: язвенная, инфильтративная, экзофитная (бородавчато-фунгозная). Чаще заболевание локализуется на боковой поверхности языка, реже – на нижней и спинке. Различают четыре стадии развития раковой опухоли языка:

I – опухоль ограничена (0,6–1 см), располагается в слизистом и подслизистом слоях без метастазов в регионарных лимфатических узлах;

II – опухоль или язва большей величины (до 2 см в диаметре). Вовлечена подлежащая мышечная ткань, но опухоль не заходит за среднюю линию языка и поражает не более двух анатомических частей органа без метастазов или с одиночными метастазами в регионарные лимфатические узлы;

III – опухоль или язва более 3 см в диаметре;

IV – опухоль поражает большую часть языка.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие опухоли челюстно-лицевой области вы знаете?
2. Какие опухоли относятся к одонтогенным?
3. Клиника одонтогенной кисты.
4. Клинические проявления амелобластомы.
5. Из какого вещества состоит одонтома?
6. Сколько видов эпюлиса вы знаете?
7. Где чаще всего расположена папиллома?
8. В результате чего образуется атерома лицевой области?
9. Какие виды остеогенных опухолей челюстей вы знаете?
10. Какие злокачественные опухоли челюстно-лицевой области вы знаете?

Глава XIV

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика стоматологических заболеваний – одна из важнейших задач здравоохранения. Она является составной частью комплексной программы оздоровления населения.

Цель профилактической стоматологии – не только предупреждение болезней полости рта, но и контроль за ними, причем профилактика имеет первостепенное значение.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ профилактические мероприятия принято разделять на первичные, вторичные и третичные.

3) устранение дефицита фтора.

Профилактика некариозных поражений

Профилактика флюороза зубов состоит в исключении поступления избыточного фтора в организм. Она проводится коллективно и индивидуально. Коллективные, более эффективные мероприятия, предусматривают:

1) замену водоисточника с повышенным содержанием фтора на другие, с меньшей его концентрацией;

2) постройку водоочистных станций для дефторирования питьевой воды;

3) смешивание вод двух или трех источников, богатых и бедных фтором.

В индивидуальном порядке необходимо исключить заглатывание фторсодержащих зубных паст, растворов фторидов для полосканий рта. Маленьким детям (до 6 лет) не рекомендуются фторсодержащие зубные пасты, особенно предназначенные для взрослых или неизвестного происхождения, или без указания концентрации фтора. Опасны также назначения фтора в виде таблеток и капель детям и взрослым в районах, где фторируется вода или соль. Это может привести к интоксикации организма фтором, проявляющейся флюорозом зубов и другими признаками.

Необходимо помнить, что профилактика флюороза возможна только до прорезывания зубов. Изменения цвета прорезавшихся зубов необратимы.

Для предотвращения гипоплазии важны следующие профилактические мероприятия:

1) забота о здоровье беременной женщины и новорожденного;

2) профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей раннего возраста;

3) своевременное и эффективное комплексное лечение возникшего соматического заболевания;

4) усиление стоматологической санитарно-просветительской работы в женских и детских консультациях.

В целях предотвращения гипоплазии в постоянных зубах следует осуществлять профилактику заболеваний детского возраста, особенно в период формирования зубов; проводить своевременное и качественное лечение зубов молочного прикуса.

Для замедления стирания шеек зубов (клиновидный дефект) рекомендуют чистить зубы мягкой щеткой вертикальными и короткими скребущими (под углом 45° к десне) движениями фторсодержащими зубными пастами. Через день можно чистить зубы щеткой, только увлажненной водой; в процессе чистки зубов следует менять руку, удерживающую щетку.

При эрозиях необходимо усилить гигиенический уход за зубами и исключить из пищевого рациона или хотя бы ограничить употребление кислых продуктов (например, лимонов и других цитрусовых). Исходя из предположения, что и механический фактор, возможно, играет определенную роль в патогенезе этого заболевания, надо рекомендовать при чистке зубов пользоваться более мягкой зубной щеткой, а вместо гигиенических паст применять фторсодержащие.

Профилактика болезней пародонта

Для профилактики гингивита и пародонтита необходимо устранить и предупреждение накопления зубного налета и устранение местных травмирующих факторов.

В этой связи наибольшее значение имеют рациональная индивидуальная гигиена полости рта и регулярная профессиональная гигиена. В их основе лежит уменьшение количества зубного налета, микроорганизмы которого играют роль пускового механизма в возникновении патологии пародонта.

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта известной этиологии заключается в устранении причин их возникновения.

Для предупреждения заболеваний слизистой полости рта можно рекомендовать следующую схему проведения профилактических мероприятий:

1) санация полости рта (снятие зубных отложений, замена неправильно изготовленных зубных протезов и пломб, удаление разрушенных корней зубов, лечение заболеваний твердых тканей зубов и пародонта);

2) исключение из употребления острой, горячей пищи, крепких алкогольных напитков, запрещение курения, отмена лекарственных препаратов (при явлениях медикаментозного поражения слизистой);

3) замена зубных протезов, изготовленных из разных металлов или из однородного металла, но при наличии явлений гальванизма (жжение, ощущение металлического привкуса во рту и т.д.);

4) устранение профессиональных вредных привычек, неблагоприятно влияющих на слизистую полости рта;

5) исключение применения сильнодействующих медикаментозных средств и т.п.;

6) регулярное посещение стоматолога.

Первичная профилактика предраковых и злокачественных заболеваний полости рта основана на предупреждении, выявлении и устранении следующих факторов: хронических механических и химических травм слизистой оболочки, курения, избыточной лучевой энергии, гиповитаминозов А и В, профессиональных вредностей. Профилактические мероприятия включают также раннее выявление заболеваний и своевременное лечение больных.

Одной из наиболее действенных мер профилактики рака полости рта являются периодические профилактические осмотры с последующим диспансерным наблюдением в случае обнаружения хронических заболеваний слизистой полости рта. На диспансерном учете должны находиться больные с такими заболеваниями слизистой полости рта, как болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз красной каймы губ, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, кожный рог, лейкоплакия, папилломатоз, эрозивно-язвенная форма плоского лишая, постлучевой стоматит, актинический и метеорологический хейлиты, хронические трещины губ.

Средства и методы гигиены полости рта

Зубная щетка – основной инструмент для удаления отложений с поверхности зубов и десен. Зубная щетка состоит из ручки, шейки и головки (рабочей части), на которой рядами укреплены пучки щетинок. Зубные щетки из искусственного волокна обладают рядом преимуществ: искусственная щетина не имеет каналов, заполненных микроорганизмами; поверхность щетинок гладкая, беспористая; конец волокна округлен; возможно регулирование жесткости.

Для эффективной чистки зубов важен размер рабочей части (головки) щетки. Для взрослых наиболее приемлема головка щетки длиной 22–28 мм и шириной 8–11 мм, для детей – соответственно 20 и 8 мм.

Головка щетки должна обеспечивать оптимальный доступ к коренным зубам и быть компактной, гладкой, с закругленными углами. Шейка должна быть тонкой, округлой и находиться под небольшим углом к ручке. Ручка должна хорошо удерживаться и не вызывать утомления при движениях.

Кончики щетинок должны быть закругленными, так как в противном случае их острые, зазубренные края могут травмировать десну. Большую роль в удалении зубного налета играет и организация щетинок, наиболее подходящей является линейная организация.

Важное значение в конструкции щетки имеют также частота и форма кустопосадки. Наиболее удобной считается частота посадки пучков 2,0–2,5 мм друг от друга с параллельными их рядами (не более 4 рядов) и ровной поверхностью щетины.

Наиболее эффективны щетки с мягкой и средней жесткостью. Щетинки этих щеток более гибкие, очищают десневую бороздку и лучше проникают в межзубные промежутки, меньше травмируют десну.

Выпадение щетинок, их деформация указывают на необходимость замены зубной щетки, обычно через 3–4 мес.

Однако даже тщательное соблюдение правил гигиены полости рта с использованием лишь зубной щетки не позволяет добиться хорошего очищения от налета боковых поверхностей зубов и межзубных промежутков. Вследствие этого кроме зубной щетки необходимо применять другие средства: зубные нити (флоссы), зубочистки, специальные зубные щетки (с одним пучком), межзубные стимуляторы, ирригаторы полости рта.

Зубные нити (флоссы). Цель применения зубных нитей – удаление зубного налета с труднодоступных апроксимальных поверхностей, а также остатков пищи, застревающих между зубами. Применяют воощенные и невоощенные нити, круглые, плоские, пушистые. Независимо от вида нити при правильном ее использовании эффективность очистки оди-

наковая. Однако плоская и вощенная нить легче проходит сквозь контактные пункты, не рвется и охватывает большую поверхность зуба. Чистка флоссами должна стать частью ежедневного ухода за полостью рта.

Зубочистки. Другим дополнительным и хорошо зарекомендовавшим себя средством гигиены полости рта является зубочистка. Как и зубные нити, зубочистки удаляют остатки пищи из межзубных промежутков и зубной налет с боковых поверхностей зубов. Применение зубочисток более эффективно, если между зубами имеются промежутки. Если же зубы располагаются плотно и межзубное пространство заполнено десневым сосочком, то возможности использования зубочисток ограничены десневой бороздкой. Зубочистки изготавливаются из мягких пород дерева или пластмассы, по форме они могут быть треугольными, плоскими и круглыми.

Специальные зубные щетки. Применяют при атипичном строении зубных рядов, наличии несъемных мостовидных протезов, шин. Рабочая часть таких щеток состоит из одного пучка щетинок, как правило, подстриженного в форме конуса. Кроме того, имеются щетки, которые напоминают ершики для мытья посуды. Такими щетками хорошо очищаются широкие межзубные промежутки, а также пространства под мостовидными протезами.

Межзубные стимуляторы и ирригаторы полости рта. Межзубные стимуляторы – это резиновые или пластмассовые конусы, которые располагаются на концах ручек некоторых зубных щеток. Предпочтение следует отдавать резиновым наконечникам. Межзубные стимуляторы служат в основном для массажа десен. При легком надавливании на десневой сосочек делают круговые движения в межзубном промежутке.

Ирригаторы используются после чистки зубов. Пульсирующая или постоянная струя воды оказывает дополнительное очищающее и массирующее действие.

Зубные нити, зубочистки и другие средства не заменяют зубной щетки, их можно применять в дополнение к чистке зубов.

Зубные пасты. Это наиболее распространенные в настоящее время гигиенические средства. Они должны иметь хо-

рошие очищающие свойства, быть безвредными для окружающих тканей, приятными на вкус, с невысокой абразивностью и улучшенными дезодорирующими свойствами, оказывать лечебно-профилактическое действие.

Основными компонентами зубной пасты являются абразивные, гелеобразующие и пенообразующие вещества, а также красители, отдушки и вещества, улучшающие полирующее действие паст.

Методика чистки зубов

Способ чистки. Выдавливают 0,5 см зубной пасты на влажную зубную щетку. Помещают щетинки щетки под углом 45° к десне.

Легкими скребущими движениями передвигают щетку горизонтально (вперед-назад) на половину ширины зуба (короткие движения). В результате зубной налет перемещается из области накопления у края десны к шейке зуба и в межзубные пространства (щечная и язычная амбразуры). Затем используют несколько более длинных выметающих движений, чтобы удалить налет с десневой линии и между зубами в направлении режущего края и жевательной поверхности. В заключение в продольном и поперечном направлениях тщательно чистят жевательные поверхности короткими скребущими движениями, позволяющими щетинкам входить в углубления жевательной поверхности.

Нужно аккуратно, сильно не надавливая, чистить наружную, внутреннюю и жевательную поверхности каждого зуба, концентрируясь на 1 или 2 зубах одновременно.

Порядок очищения поверхностей. Обработку зубов щеткой следует начинать с внутренней поверхности моляров одной стороны верхней челюсти и, постепенно продвигаясь, обрабатывать внутреннюю поверхность всех зубов. Затем переходят на наружную сторону (при сомкнутых губах) и заканчивают чистку обработкой жевательных поверхностей.

Санитарное просвещение

Система охраны здоровья населения открывает перед человеком определенные возможности для предупреждения и лечения болезней зубов и полости рта. Для обеспечения здоровья населения нужны полноценное питание, ка-

чественная питьевая вода, нормальные условия труда и отдыха, своевременная адекватная стоматологическая помощь, необходимые средства индивидуальной гигиены полости рта и др. Решение большинства из этих вопросов выходит за рамки прямых функциональных обязанностей стоматолога. Однако только стоматолог как специалист может определить задачи и содержание санитарного просвещения, обеспечить лечебно-профилактическую помощь населению, координировать и оценивать ее эффективность.

Основные задачи санитарного просвещения и обеспечения здоровья сводятся к следующему:

1) информировать население об известных факторах риска возникновения стоматологических заболеваний и доступных методах их предупреждения;

2) убедить население в необходимости отказа от вредных привычек, в необходимости ведения здорового образа жизни и рационального использования стоматологической помощи;

3) обеспечить населению полноценное питание, безвредные условия труда, здоровый быт и адекватную медицинскую помощь.

Различают устный, печатный, наглядный и комбинированный методы санитарного просвещения. Каждый из них имеет свои формы: беседы, лекции, ответы на вопросы, уроки, семинары, игры, распространение печатных и иллюстрированных материалов. Формы обеспечения здоровья населения – это законы, решения, постановления, инструкции.

Формы проведения санитарно-просветительской работы подразделяются на активные и пассивные. К активным относятся методы непосредственного общения: лекции, беседы медицинских работников с населением и т.д. Пассивные методы – это издание научно-популярной литературы, статей, листовок, плакатов, проведение выставок, показ кинофильмов и др. Пассивные методы менее эффективны, чем активные, однако они широко практикуются для информации населения о возможностях профилактики.

Средства санитарного просвещения – это радио, телевидение, видео, газеты, журналы, учебная литература, плакаты, витрины, кино, брошюры, памятки.

Средства обеспечения здоровья населения включают сеть лечебно-профилактических учреждений, качественные продукты питания, здоровый быт, систему охраны окружающей среды и создание безвредных условий труда.

Санитарное просвещение и обеспечение здоровья населения подразделяются на три организационные формы: индивидуальную, групповую и массовую. Индивидуальное санитарное просвещение проводится, как правило, на приеме у стоматолога.

Примерами группового санитарного просвещения и обеспечения здоровья могут быть уроки здоровья и плановая стоматологическая помощь в школе, занятия с беременными женщинами в школе молодой матери по вопросам правильного питания и обеспечения качественными продуктами детского питания.

Массовое санитарное просвещение и обеспечение здоровья охватывает все или большие группы населения района, города, республики – например, передачи по телевидению. При этом в продажу поставляются рекомендуемые средства гигиены.



ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. В чем заключается профилактика кариеса?
2. Как восполняется дефицит фтора?
3. Какие мероприятия необходимо проводить для предотвращения гипоплазии?
4. Что вы понимаете под индивидуальной гигиеной полости рта?
5. Кем проводится профессиональная гигиена полости рта?
6. Какова схема проведения профилактической гигиены полости рта?
7. Что относится к средствам и методам гигиены полости рта?
8. Особенности удаления зубного камня.
9. Основные задачи санитарного просвещения населения.

ТЕРМИНЫ

Абсцесс (лат. abscessus – *нарыв*) – гнойное воспаление тканей с их расплавлением и образованием гнойной полости.

Альвеолит – воспаление стенок лунки удаленного зуба.

Амелобластома – доброкачественная опухоль, происходящая из эпителия зубного сосочка.

Антисептика – предупреждение процессов разложения на поверхности открытых ран.

Асептика – комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану.

Гемангиома – доброкачественная опухоль, состоящая из самостоятельно инволюционирующих эндотелиальных клеток.

Герпес (греч. herpes – *лишай*, от herpo – *ползу, тянущь*) – группа вирусных заболеваний, характеризующихся высыпанием сгруппированных пузырьков и проявляющихся в виде герпетической инфекции и опоясывающего лишая.

Гингивит (лат. gingivitis) – воспаление десен без нарушения целостности зубодесневого соединения.

Гипоплазия – порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей в период их формирования.

Дезинфекция – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний и разрушение токсинов на объектах внешней среды.

Дентин – ткань, составляющая главную массу зуба и определяющая в общих чертах форму последнего.

Зубная эмаль – ткань на коронке зуба, является одной из самых твердых в организме человека.

Кариес – сложный, медленно текущий и медленно развивающийся патологический процесс в твердых тканях зуба, характеризующийся в начальной стадии своего развития очаговой деминерализацией неорганической части эмали.

Люксация – вывих, смещение в суставе, например, нижней челюсти, при чрезмерном открывании рта или вследствие других причин.

Метод девитальной экстирпации – полное удаление пульпы из полости зуба после ее девитализации (умерщвления).

Невус (пигментное пятно, пигментный невус, меланоцитарный невус) – доброкачественное новообразование, которое в большинстве случаев является врожденным пороком развития кожи.

Одонтома – редкая доброкачественная одонтогенная опухоль, состоящая из различных зубных тканей. Одонтома может располагаться на верхней и нижней челюстях, чаще – в области премоляров и моляров.

Остеомиелит челюсти – воспаление костной ткани челюсти.

Витальная ампутация пульпы (пульпотомия) – это биологический метод лечения пульпита, позволяющий сохранить корневую пульпу в жизнеспособном состоянии, при этом коронковая часть пульпы удаляется.

Пародонт – сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающих и удерживающих зуб в альвеоле.

Пародонтит – воспалительное заболевание тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующим разрушением нормальной структуры альвеолярного отростка челюсти.

Пародонтоз – альвеолярная пиорея, системное поражение околозубной ткани – пародонта, которое проявляется прогрессирующей атрофией альвеолярных отростков (зубных ячеек).

Пародонтомы – группа заболеваний пародонта, включающая все новообразования, исходящие из тканей пародонта как доброкачественного, так и злокачественного характера.

Перикоронарит – воспалительный процесс окружающих зуб мудрости тканей.

Периодонт – комплекс тканей, находящихся в щелевидном пространстве между цементом корня зуба и пластинкой альвеолы.

Периодонтит – воспаление корневой оболочки зубов и прилегающих к ней тканей.

Периостит – острое или хроническое воспаление надкостницы.

Пульпа – рыхлая волокнистая соединительная ткань, заполняющая полость зуба с большим количеством кровеносных и лимфатических сосудов, нервов.

Пульпит – воспаление зубной мякоти – пульпы.

Пульпоэкстрактор – эндодонтический инструмент, предназначенный для одноразового удаления пульпы из корневого канала зуба.

Ротация – вращение зуба вокруг продольной оси, применяется при различных видах и степени аномалийно расположенного зуба.

СОПР – слизистая оболочка полости рта.

Стоматит – воспаление слизистой оболочки полости рта и ее дистрофические изменения.

Стоматология – медицинская дисциплина, изучающая строение зубов, причины возникновения, лечение и профилактику зубных болезней, заболевания языка, слизистой оболочки полости рта, челюстей и окружающих их тканей лица и шеи.

Тракция зуба – извлечение зуба из альвеолы.

Флюороз – хроническое заболевание, развивающееся до прорезывания зубов (и после) при длительном приеме внутрь воды или продуктов с повышенным содержанием соединений фтора.

Хондрома (хрящевая опухоль, хрящевик) – опухоль, состоящая из хрящевой ткани.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – аллергическое заболевание слизистой оболочки полости рта.

Эпулис – наддесневик, доброкачественное опухолевидное разрастание мягких тканей в области альвеолярных отростков челюстей.

Эрозия эмали зубов – поражение эмали зубов, а в некоторых случаях и дентина.

ЛИТЕРАТУРА

Профилактика внутрибольничных инфекций. Санитарно-эпидемиологические правила. СанПиН № 0304-12.

Николаев А.Н., Цепов Л.Н. Практическая терапевтическая стоматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2004.

Луцкая И.К., Артюшкевич А.С. Руководство по стоматологии. – Ростов-н/Д: Феникс, 2004.

Стефан Т. Сонис. Секреты стоматологии. – М.: ИПКФУ Медбиоэкстрем, 2002.

Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. Учебник. – М.: Медицина, 2002.

Л.Н. Яковенко, И.Л. Чехова. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. – Харьков: Книга плюс, 2005.

В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнев. Стоматологический кабинет: оборудование, материалы, инструменты. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2006.

Л.М. Лукиных, Л.В. Шестопалова. Пульпит (клиника, диагностика, лечение). – Нижний Новгород, Нижегородская гос. медицинская академия, 2004.

Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – ОАО «Стоматология», 2001.

Е.В. Боровский. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. – М.: ОАО «Стоматология», 2001.

П.А. Леус, А.А. Горегляд, И.О. Чудакова. Заболевания зубов и полости рта. – Ростов-н/Д: Феникс, 2002.

Ж.Г. Муравянникова. Болезни зубов и полости рта. – Ростов-н/Д: Феникс, 2004.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
-------------------	---

Глава I. КРАТКАЯ АНАТОМИЯ, ГИСТОЛОГИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Железы полости рта. Околоушная слюнная железа. Поднижнечелюстная слюнная железа. Подъязычная слюнная железа	6
Верхняя и нижняя челюсти	7
Анатомическое и гистологическое строение молочных и постоянных зубов, их функции	8
Пародонт и периодонт	14
Кровоснабжение и иннервация челюстно-лицевой области	15

Глава II. ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Структура и задачи стоматологической поликлиники	17
Оснащение кабинетов и отделений	19
Стоматологические инструменты	21

Глава III. АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В СТОМАТОЛОГИИ... 25

Санитарно-противоэпидемические мероприятия	26
Требования к санитарному содержанию помещений	27
Профилактика при оказании помощи ВИЧ-инфицированным больным	30

Глава IV. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Основные методы обследования	32
Дополнительные методы обследования	35

Глава V. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В СТОМАТОЛОГИИ

Местное обезболивание	38
Осложнения при проведении местного обезболивания	40
Общее обезболивание	41

Глава VI. КАРИОЗНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Классификация кариеса зубов	43
Лечение кариеса	46

**Глава VII. НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ
ТКАНЕЙ ЗУБА**

Нарушение развития и прорезывания зубов	47
Эрозия твердых тканей	49

Глава VIII. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ И ПЕРИОДОНТА

Пульпиты. Клиника, диагностика, методы лечения	51
Периодонтиты. Клиника, диагностика, доврачебная помощь, лечение	56

**Глава IX. ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Классификация заболеваний пародонта	64
Гингивит	67
Пародонтит	72
Пародонтоз	75
Заболевания слизистой оболочки полости рта	77
Проявления общих заболеваний на слизистой оболочке полости рта	83
Болезни губ	93
Болезни языка	95

**Глава X. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Периостит	98
Остеомиелиты	100
Околочелюстные абсцессы и флегмоны	102
Неотложная помощь при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛО	104
Лимфаденит	105

Глава XI. ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Показания и противопоказания для удаления зуба	108
Этапы удаления зуба	110
Осложнения во время и после удаления зубов	111

**Глава XII. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Травматические повреждения зубов	117
Клиническая картина и лечение ушиба и вывиха зубов	118

Вывихи и переломы нижней челюсти.....	122
Диагностика и лечение перелома нижней челюсти	124
Перелом верхней челюсти.....	126
Лечение перелома верхней челюсти	128
Переломы костей носа, скуловой кости и скуловой дуги	129
Репозиция и закрепление отломков	133
Методы временной и окончательной остановки кровотечения	136
Питание больных с повреждением ЧЛО и уход за ними	141

**Глава XIII. ОПУХОЛИ ОДОНТОГЕННОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ** 144

Одонтогенные кисты и кисты слюнных желез	145
Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования	145
Злокачественные опухоли	149

**Глава XIV. ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ** 151

Термины	161
Литература.....	164

A92 Юсупова Л.Ю., Атауллаева И.Х. Стоматологические болезни. Учебное пособие для медицинских колледжей. – Т.: «ILM ZIYO», 2015. 168 с.

УДК: 616.31(075)

ББК: 56,6

ISBN 978-9943-16-204-4

**ЮСУПОВА ЛУТФИ ЮЛДАШЕВНА,
АТАУЛЛАЕВА ИКБОЛ ХАЙРУЛЛАЕВНА**

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

*Учебное пособие
для медицинских колледжей*

Издательский дом «ILM ZIYO»
Ташкент – 2015

Редактор *Л. Бабаева*
Художественный редактор *М. Бурханов*
Технический редактор *Ф. Самадов*

Издательская лицензия AI № 275, 15.07.2015.

Подписано в печать с оригинала-макета 10.12.2015.

Формат 60×90¹/₁₆. Кегль 11 н/шп. Гарнитура «SchoolBook».

Печатных листов 10,5. Издательских листов 9,0.

Тираж 437. Заказ № 13 .

Издательский дом «ILM ZIYO», 100129, Ташкент, ул. Навои, 30.

Отпечатано в ЧП «PAPER MAX»
Ташкент, ул. Навои, 30.