

**Влияние анатомо-физиологических  
особенностей челюстно-лицевой области на  
развитие и клиническое течение  
воспалительных заболеваний у детей.  
Классификация одонтогенных воспалительных  
заболеваний**

# План

- Введение
- Воспалительный процесс одонтогенного происхождения
- Одонтогенные воспалительные заболевания
- Классификация острых одонтогенных воспалительных заболеваний (*1988 г., ЦНИИС Минздрава СССР*).

# Введение

- В детском возрасте имеются некоторые анатомические особенности строения тканей челюстно-лицевой области и физиологические особенности детского организма, влияющие на клиническое течение воспалительных реакций. У детей зубы находятся в состоянии постоянного развития. Выделяют период внутричелюстного развития, прорезывания, роста зуба, формирования и резорбции корней. Пульпа зуба имеет тесную связь с тканями периодонта до завершения формирования корня и в период его рассасывания. Дентинные каналы молочных зубов шире и короче. В челюстях новорожденных губчатое вещество преобладает над компактным. Минерализация основного вещества кости выражена в меньшей степени, чем у взрослых. Периодонтальная щель часто не сформирована. Костная ткань челюсти хорошо кровоснабжается. Надкостница толстая, мощная, хорошо кровоснабжается и рыхло связана с костью. У детей высокий потенциал репаративного остеогенеза, более рыхлая подкожно жировая и межмышечные клетчатки.

- Мягкие ткани обладают высокой гидрофильностью, что способствует обширным отекам. Иммунологическая система созревает к 7-летнему возрасту. Становление барьерной функции лимфатических узлов в раннем возрасте не закончено. У детей отмечается высокая интенсивность кровообращения в тканях, незрелость паренхиматозных органов, высокая проницаемость гематоэнцефалического барьера. Несовершенство тканевого барьера обуславливает быстрый переход одной нозологической формы заболевания в другую. Общие реакции часто опережают развитие местного воспалительного процесса. Отмечается частое поражение лимфатических узлов, достаточно высокая степень интоксикации организма. Тем не менее, в детском возрасте возможно формирование и первично-хронических форм воспаления (остеомиелит, сиалоаденит, лимфаденит).

# Анатомо-физиологические особенности строения полости рта в возрастном аспекте.

## Челюстные кости

- У новорожденных верхняя челюсть слабо развита, короткая и широкая и состоит практически из альвеолярного отростка
- Нижняя челюсть новорожденного имеет развитую альвеолярную часть, высота которой в 2 раза превышает тело челюсти. Ветви короткие и широкие.
- В возрасте 1-2 года появляются признаки функциональной структуры, обусловленной включением акта жевания. Челюстные кости увеличиваются и уплотняются и уже четко видны костные балочки

# Анатомо-физиологические особенности строения полости рта в возрастном аспекте.

## Зубы

- У новорожденного в каждой челюсти залегает 18 фолликулов (10 временных и 8 постоянных) различной стадии формирования и минерализации
- Рентгенологически фолликул зуба выявляется в виде очага разрежения круглой формы с четко выраженным ободком кортикальной пластинки по периферии. С начала развития шейки зуба фолликул начинает вытягиваться по направлению к краю альвеолярного отростка
- Параллельно образованию корня идет образование межальвеолярной перегородки и пародонта

# Анатомо-физиологические особенности строения полости рта в возрастном аспекте.

## Прорезывание зубов

- Признаком правильного прорезывания является парное прорезывание симметричных зубов в определенной последовательности – вначале на нижней челюсти, а затем на верхней в соответствующие сроки
- Исключение составляет IY и иногда 11 зубов
- Существует много теорий прорезывания зубов:
  - выталкивание зуба растущим корнем и развивающейся лункой
  - пульпарная
  - сифонная
  - гормональная

# Анатомо-физиологические особенности строения полости рта в возрастном аспекте.

## Сроки прорезывание зубов

- Прорезывание начинается с образования на десне нижней челюсти плотных выбуханий – холмиков
- На 6-8 месяце на поверхности появляются режущие края 2-х центральных резцов. Сначала нижней челюсти, затем – верхней
- Далее прорезываются боковые резцы верхней челюсти
- К первому году жизни ребенок должен иметь 8 зубов
- После небольшого перерыва в 2-3 месяца прорезываются первые временные моляры, за ними клыки и последними – вторые моляры



# Анатомо-физиологические особенности строения полости рта в возрастном аспекте.

## Формирование корня временных зубов

- В процессе формирования корня принято различать 2 стадии: **несформированной верхушки и незакрытой верхушки**
- В 1-й стадии стенки корня тонкие и идут параллельно друг другу. Канал широкий
- Во 2-й стадии наблюдается незакрытие верхушки у корня, заканчивающего свое формирование.

# Анатомо-физиологические особенности строения полости рта в возрастном аспекте.

## Рассасывание корней временных зубов

- В норме процессы прорезывания и рассасывания полностью уравновешены, но иногда наблюдаются отклонения. Ускорение рассасывания наблюдается в зубах с мертвой пульпой, после хронической травмы, при наличии опухоли. Замедленная резорбция – при отсутствии зачатков постоянных зубов
- Рассасывание корней временных зубов необходимо учитывать при лечении пульпита, периодонтита, удаления зубов и ортодонтического лечения. Лечение зубов с резорбированными корнями имеет свою специфику.

- Причинами роста числа больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи являются следующие факторы: поздняя обращаемость за медицинской помощью, которая связана с недостаточно активным проведением санитарно-просветительной работы среди населения; врачебные ошибки, допущенные в догоспитальный период лечения, а нередко и самолечение больных; установившийся стереотип в назначении медикаментозной терапии (пенициллина, стрептомицина, олететрина, сульфадимезина, норсульфазола и др.); поздняя диагностика заболеваний и развившихся осложнений, а следовательно и, неправильная тактика лечения; изменения видового состава возбудителей одонтогенных заболеваний и реактивности организма больных.

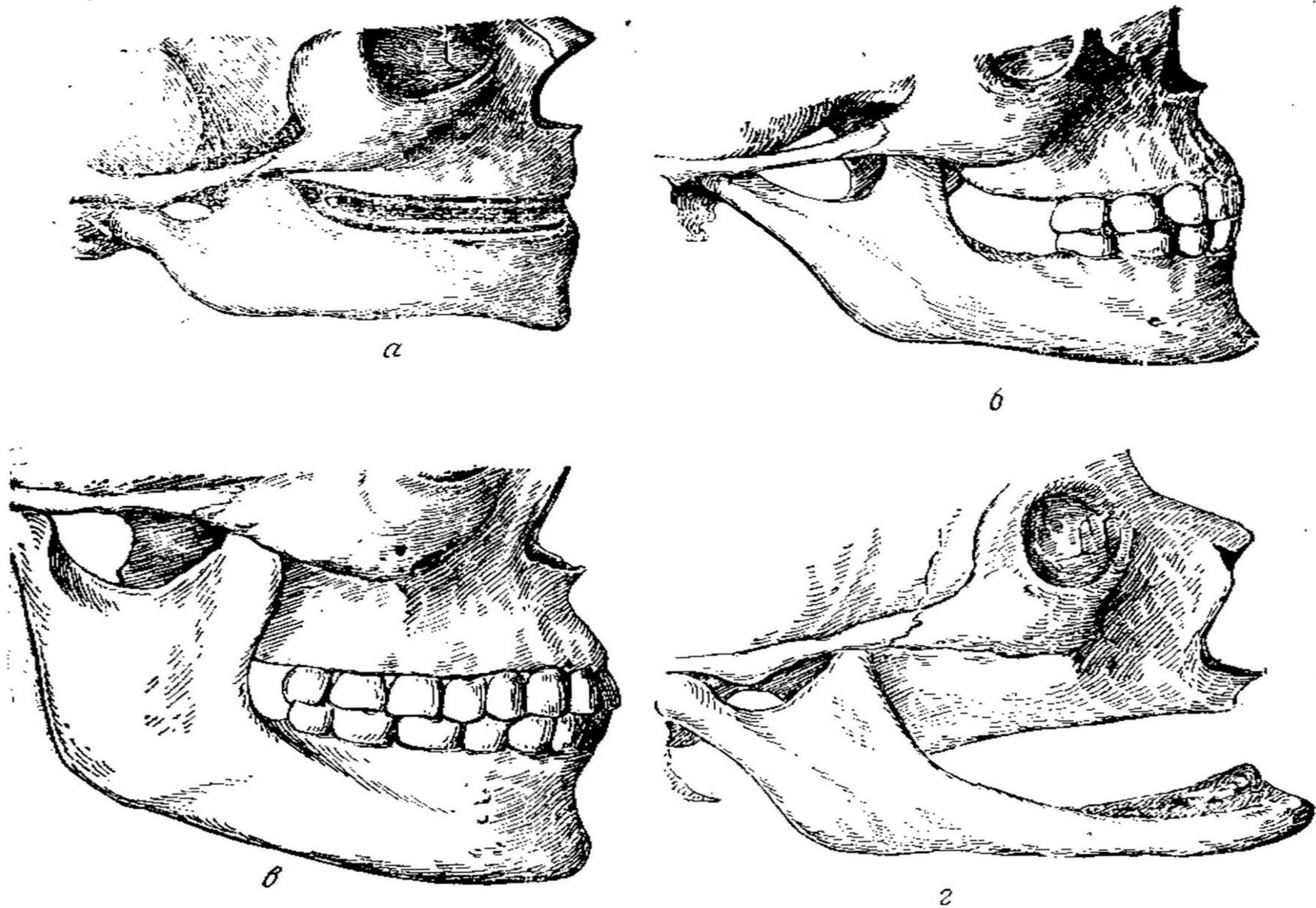


Рис. 11. Возрастные изменения челюсти.

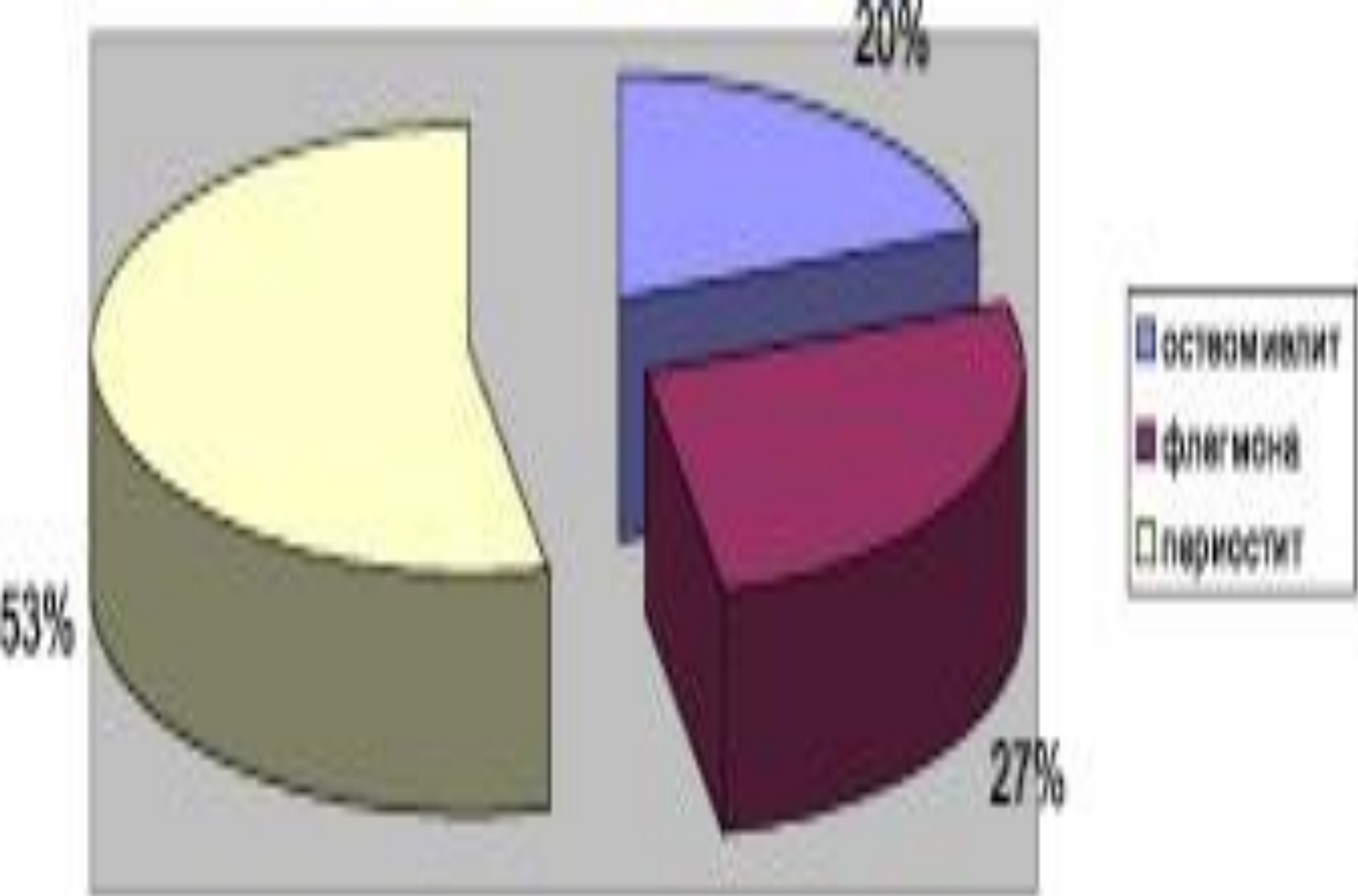
*a* — челюсть новорожденного; *б* — челюсть ребенка 6 лет; *в* — челюсть взрослого; *г* — старческая челюсть.

# Классификация

- Одонтогенные воспалительные процессы челюстей отличаются большим разнообразием клинического течения, что дает повод для их различной классификации. В настоящее время существует три основные точки зрения на их классификацию. Некоторые авторы считают, что имеется лишь одно заболевание — одонтогенный остеомиелит. В понятие одонтогенной инфекции они вкладывают поэтапное распространение гноя, происходящее по мере последовательного разрушения кости, надкостницы, мягких тканей. На основании этого они любой одонтогенный воспалительный процесс считают остеомиелитическим поражением челюсти. Острый гнойный процесс в периодонте рассматривают как начальную форму острого остеомиелита челюсти. И. Д. Дубов полагает, что одонтогенные воспалительные заболевания челюстей следует рассматривать как единое заболевание — остеомиелит, находящееся на той или иной ступени развития или распространения.

# Воспалительный процесс одонтогенного происхождения

- Воспалительный процесс одонтогенного происхождения может распространяться одномоментно гематогенным, лимфогенным путями и по протяжению. Гематогенным путем – в кровь с возможным развитием сепсиса. Лимфогенным путем – с возможным развитием лимфаденита и аденофлегмоны. По протяжению – с развитием периостита, остеомиелита, а также абсцессов и флегмон, окружающих челюсть мягких тканей. При этом от зубов верхней челюсти воспалительный процесс может осложниться синуситом, флегмоной орбиты, тромбозом пещеристого синуса, менингитом, а также абсцессами и флегмонами подглазничной, щечно-скуловой, подвисочной, височной, околоушных и др. областей. 44 От зубов нижней челюсти воспалительный процесс может распространиться на шею с развитием флегмоны шеи и медиастенита, а также окружающие нижнюю челюсть мягкие ткани с развитием подчелюстной, зачелюстной, окологлоточной, подподбородочной, околоушной и других флегмон.



# Одонтогенные

# воспалительные заболевания

- Среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области на одонтогенные процессы приходится 90—95%.

**Одонтогенные воспалительные заболевания** — это большая группа специфических и неспецифических заболеваний инфекционно-воспалительной природы, затрагивающих кости челюстей, прилежащие к ним мягкие ткани и клетчаточные пространства, регионарные лимфатические узлы, причиной которых являются заболевания зуба либо тканей, непосредственно прилегающих к нему. Воротами инфекции в данном случае являются либо дефекты твердых тканей зуба, либо эпителиального покрова десны.



# Классификация острых одонтогенных воспалительных заболеваний (1988 г., ЦНИИС Минздрава СССР).

I преимущественным поражением костных структур челюсти.

Острый, обострившийся хронический периодонтит.

- Острый одонтогенный остеомиелит.

II. С преимущественным поражением окологлазничных мягких тканей.

Острый одонтогенный периостит.

- Острый перикоронарит.
- Одонтогенный абсцесс.
- Одонтогенная флегмона.
- Одонтогенный воспалительный инфильтрат.

III. С преимущественным поражением регионарного лимфатического аппарата.

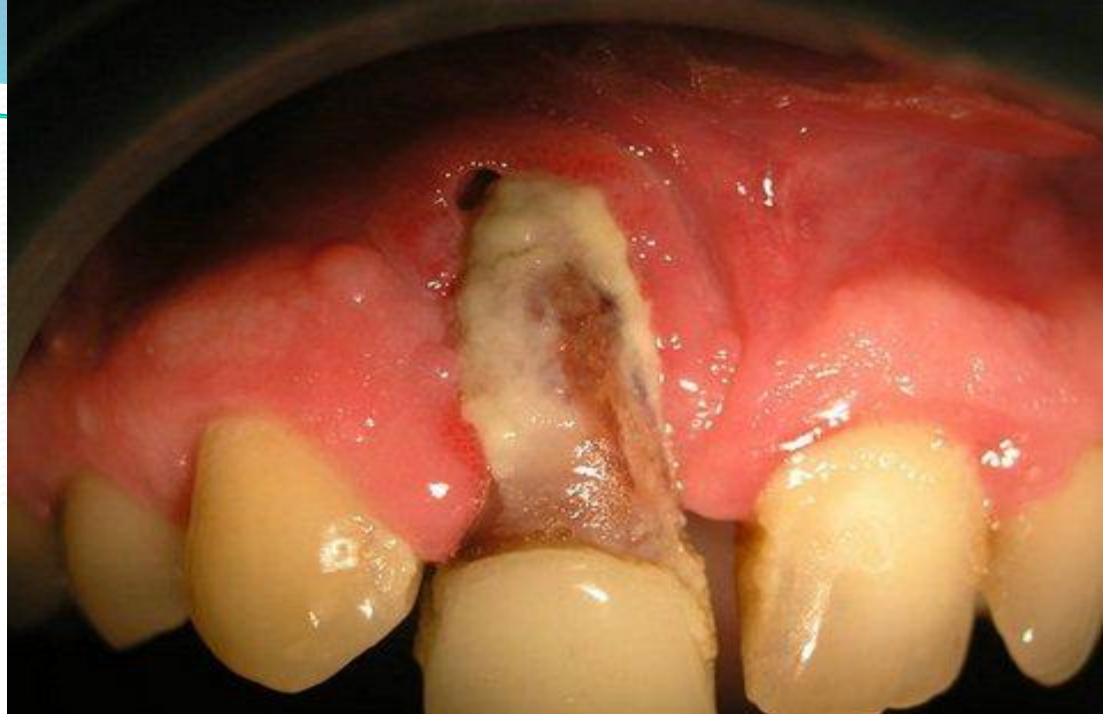
Острый одонтогенный лимфаденит (серозный, гнойный).

- Одонтогенная аденофлегмона.

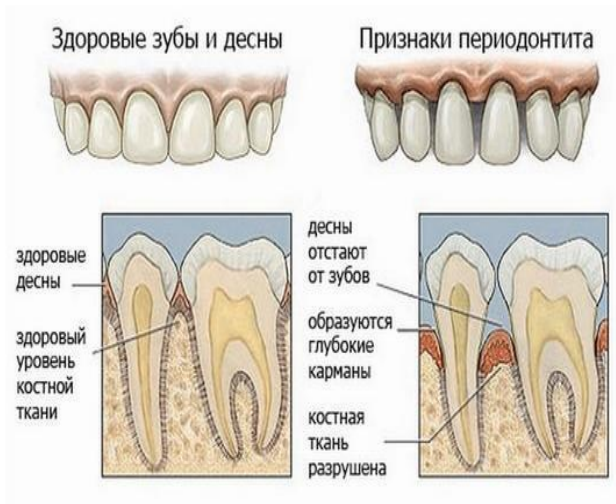
IV. Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний с поражением отдаленно расположенных органов, анатомических образований, генерализацией инфекции.

Медиастинит.

- Тромбофлебит лицевых вен, синусов твердой мозговой оболочки.
- Менингит, менингоэнцефалит, абсцесс головного мозга.
- Сепсис.



## Острый периодонтит



- Среди хронических одонтогенных воспалительных заболеваний можно выделить хронические формы периодонтитов (фиброзный, гранулирующий, гранулематозный), хронический периостит, хронический остеомиелит, хронический лимфаденит.