

# Воспалительные заболевания полости рта



# Содержание:

1. Пульпиты
2. Симптомы острых пульпитов
3. Пародонт
4. Классификация заболеваний пародонта по ВОЗ
5. Гингивит
6. Пародонтит
7. Стоматиты
8. Периостит
9. Хронический периостит
10. Остеомиелиты челюстей
11. Перикоронарит



**Пульпиты** — это воспалительные заболевания пульпы зуба.

### **Причины воспаления пульпы зуба:**

- инфицирование микроорганизмами (чаще через кариозную полость, реже инфекция проникает через верхушечное отверстие зуба из патологического десневого кармана, по кровеносным и лимфатическим сосудам);
- воздействие сильнодействующих химических раздражителей (лекарственные вещества, пломбировочные материалы);
- механическое повреждение пульпы зуба при небрежном препарировании кариеса зубов, в связи с бытовой, спортивной, производственной травмами;
- перегревание пульпы зуба при препарировании зуба под коронку без охлаждения (развивается ожог пульпы и асептический некроз).

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

- 1) острый пульпит:
  - а) очаговый;
  - б) диффузный;
- 2) хронический пульпит:
  - а) фиброзный;
  - б) гангренозный;
  - в) гипертрофический;
- 3) обострение хронического 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.*

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 часть ее 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.

Периодонты 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 так далее. 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 для обработки каналов зубов (формалин, фенол и другие), 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 клинико-рентгенологическая:

- 1) острый;
- 2) хронический:
  - а) фиброзный;
  - б) гранулирующий;
  - в) гранулематозный;
- 3) хронический в стадии обострения.



## Классификация заболеваний пародонта по ВОЗ

(Утверждена на XVI Пленуме Всесоюзного общества стоматологов, ноябрь, 1983 г.)

**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 и 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. Пародонтомы** — опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте.

**Гингивит** — это воспаление десны без нарушения целостности зубодесневого соединения, развивающегося вследствие неблагоприятного действия местных и общих факторов (схема 6).

Для гингивита характерны определенные диагностические признаки:

— выявляется в основном у детей и подростков;

— имеется большее или меньшее количество назубных мягких отложений и зубного камня;

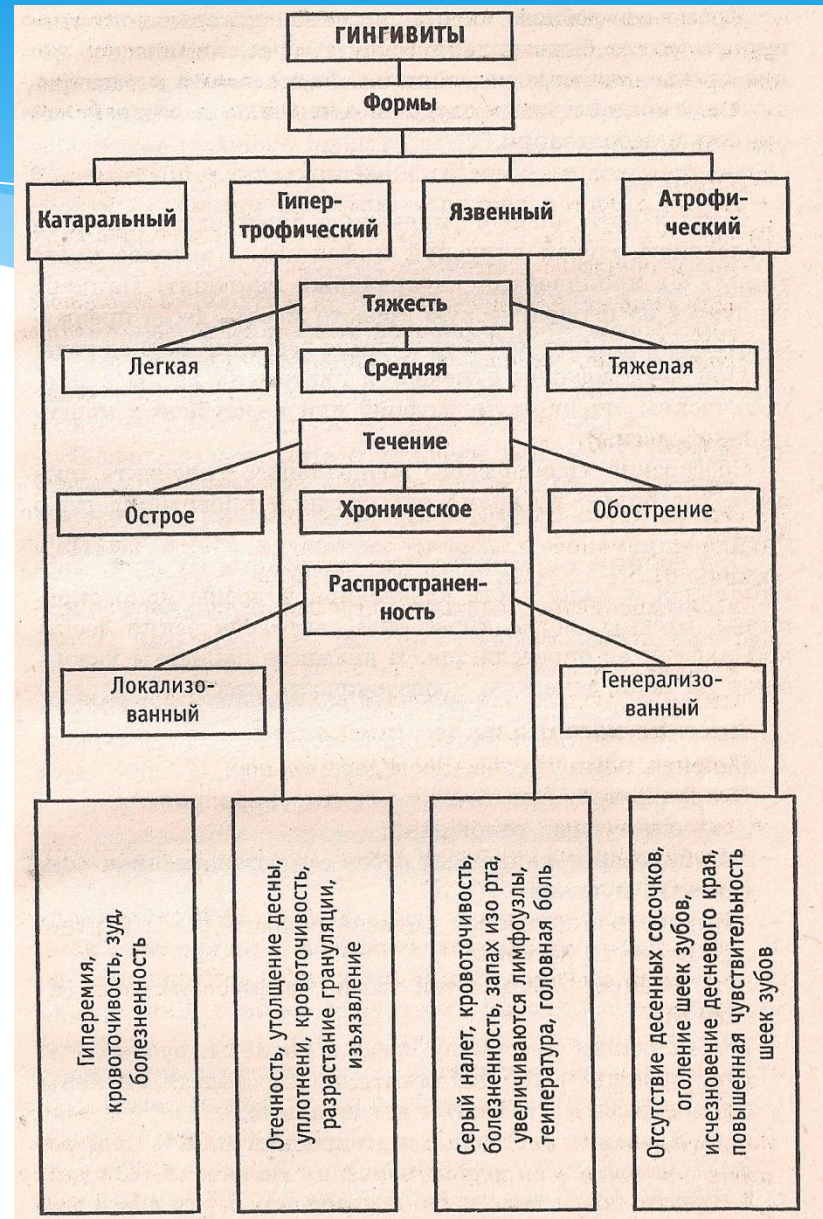
— отмечается легко вызываемая кровоточивость;

— отсутствие десневого кармана;

— изменение контура десны;

— отсутствие на рентгенограмме признаков деструкции межзубных перегородок;

— общее состояние пациентов не нарушено (исключение составляет острый или обострение хронического язвенно-некротического гингивита, острый катаральный гингивит).

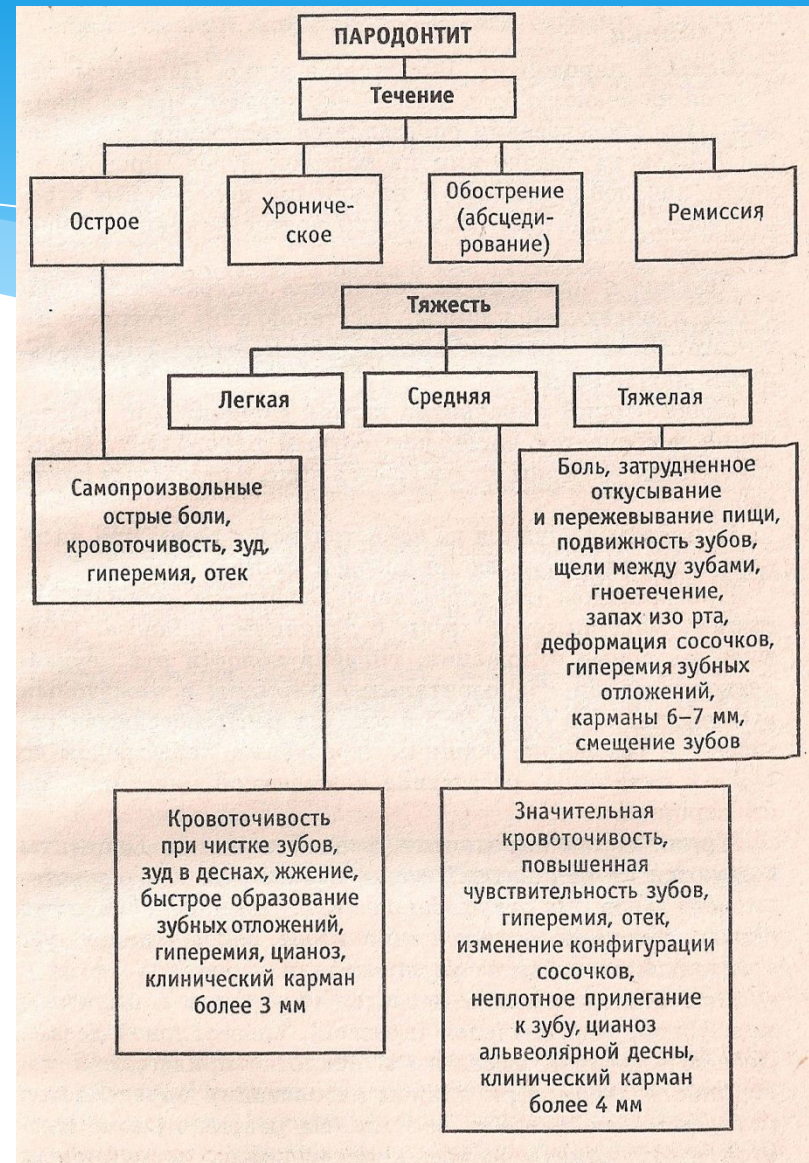




**Пародонтитом** называется воспаление тканей пародонта, которое характеризуется прогрессирующей деструкцией тканей пародонта и кости альвеолярного отростка

Для этого заболевания характерно:

- 1) воспаление десны;
- 2) наличие десневого или пародонтального кармана;
- 3) деструкция костной ткани межзубных перегородок, определяющаяся на рентгенограмме а проявляющаяся изменением контуров, высоты и структуры стенок альвеолы;
- 4) подвижность или выпадение одного или нескольких зубов на развившейся стадии;
- 5) обострение хронического пародонтита сопровождается выраженными общими нарушениями (повышение температуры тела, недомогание и другие). Примечание: заболевание выявляется преимущественно у людей в возрасте старше 20—30 лет, в анамнезе определяется кровоточивость десны в течение нескольких лет.



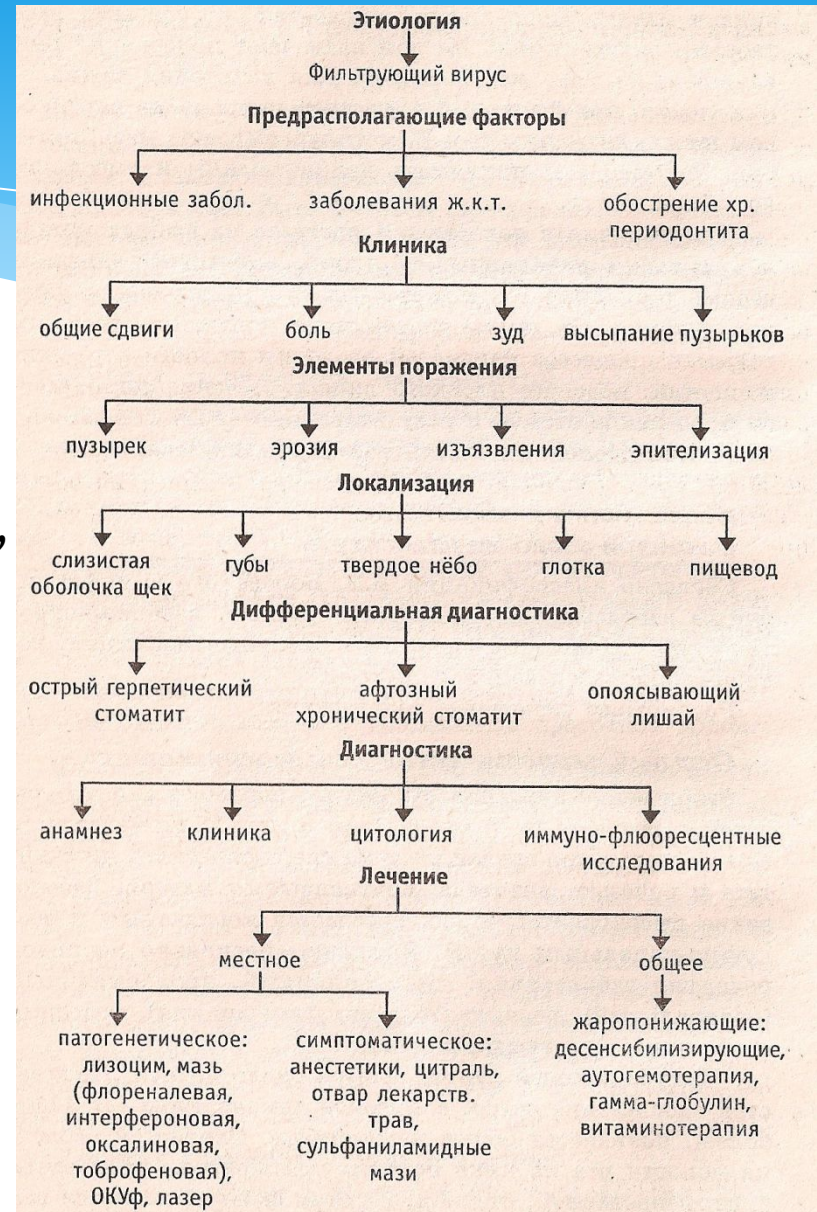
**Стоматиты** — это воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта.

Если поражается язык, то это *глоссит*. Воспалительные заболевания губ называются - *хейлитами*.

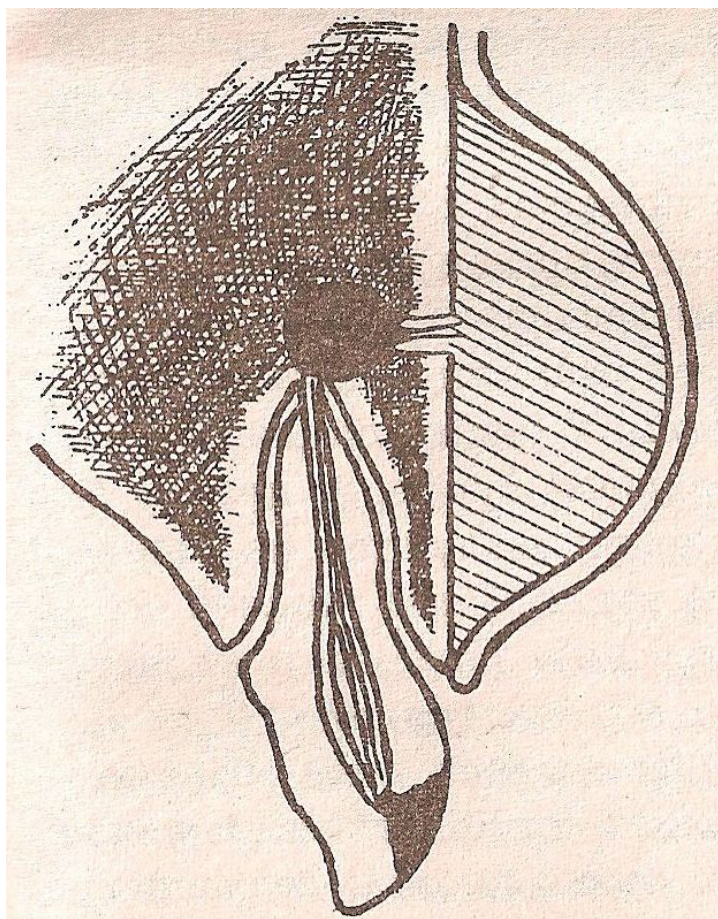
Заболевания слизистой оболочки полости рта согласно Международной классификации 1994 г. делят на две группы:

- 1) болезни мягких тканей рта и языка;
- 2) проявления общих заболеваний на слизистой оболочке рта.

Наиболее удобной для лечебной работы и в учебном процессе считается классификация Е.В. Боровского с соавторами, 1972 г.



Периостит — это воспаление надкостницы. Периостит челюстей чаще всего является осложнением воспалительных процессов в тканях периодонта (рис. 39). По клиническому течению периостит может быть острым и хроническим.



### Острый периостит

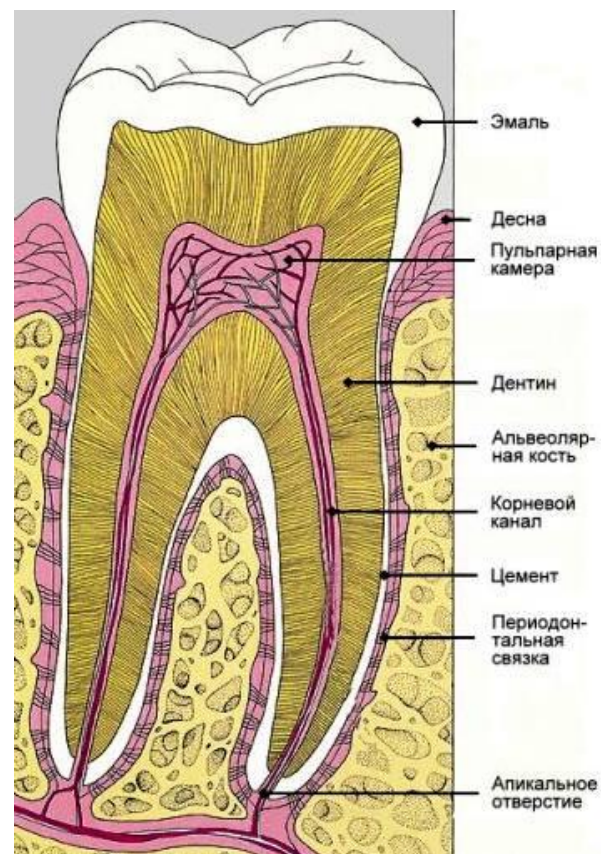
Острый периостит челюстей развивается в основном (74—78% случаев) в результате обострение хронического воспалительного процесса в периодонте. Периостит может возникнуть при остром гнойном периодонтите, когда экссудат из периодонта попадает под надкостницу челюсти. Надкостница челюсти может вовлекаться в воспаление при наличии воспалительного процесса в тканях, окружающих полуретенционные и ретенционные зубы, а также при

инфицировании содержимого околокорневой или фолликулярной кисты.

Воспаление надкостницы при консервативном лечении периодонтитов может наблюдаться при:

- выведении большого количества пломбированного материала за верхушечное отверстие корня зуба;
- недостаточной обработке каналов антисептиками;
- наложении временной пломбы (проверке на герметизм);
- наложении постоянной пломбы.

Развитие острого воспаления надкостницы челюсти возможно в случае неполного удаления зуба по поводу острого или обострившегося периодонтита, после травматичной операции удаления зуба, а также при наложении мышьяковистой пасты на гангренозную пульпу зуба.



## Хронический периостит

Хронический периостит встречается редко, в основном в возрасте 9-13 лет и у молодых людей. Протекает в виде оссифицирующего процесса. Причиной хронического периостита чаще всего является одонтогенная инфекция. Развитию первично-хронического периостита у детей может предшествовать обострение хронического периодонтита. Пациенты жалуются на нерезкие боли в области челюсти, небольшую припухлость околочелюстных тканей, иногда на повышение температуры тела. В области альвеолярного отростка при обследовании выявляется ограниченный, плотный, слегка болезненный инфильтрат. Слизистая оболочка слабо гиперемированная, спаянная с инфильтратом. После ликвидации воспалительного процесса в периодонте боли и отек околочелюстных тканей исчезают, инфильтрат не подвергается обратному развитию. Он уплотняется, становится безболезненным и с четкими контурами. В большинстве случаев хронический периостит развивается медленно, как бы исподволь, без предшествующих видимых вспышек воспалительного процесса. Пациенты не замечают развивающегося заболевания и не обращаются своевременно к стоматологу.

При обследовании больных с выраженной клинической картиной хронического периостита на альвеолярном отростке и соответственно зубу, являющемуся источником инфекции, обнаруживается плотное, безболезненное образование. Зуб чаще всего разрушен, реже запломбированный. Перкуссия причинного зуба безболезненная, регионарные лимфатические узлы безболезненны, но отдельные могут быть увеличены и уплотнены.

При этом заболевании общее состояние больных не нарушено; отек околочелюстных мягких тканей отсутствует. На рентгенограмме по краю челюсти определяется ткань новообразованной обызвествленной кости.

## **ОСТЕОМИЕЛИТЫ ЧЕЛЮСТИ**

Остеомиелит - это воспалительный процесс, развивающийся в костном мозге, во всех структурных частях кости и окружающих ее мягких тканях. Остеомиелит челюстей представляет собой инфекционный гнойно-некротический процесс, который может быть одонтогенным (стоматогенным), травматическим, гематогенным и специфическим.

Чаще всего встречается одонтогенный остеомиелит. Различают острую, подострую и хроническую стадии остеомиелита. Остеомиелит может быть ограниченным и разлитым (диффузным). При ограниченном остеомиелите патологический процесс определяется в пределах двух-трех зубов. Диффузный остеомиелит характеризуется признаками тотального поражения всей челюсти или ее половины. Различают очаговый остеомиелит, когда поражается альвеолярный отросток в пределах двух-трех зубов и часть челюсти (тело и ветвь). По тяжести остеомиелит может быть легкой, средней, тяжелой степеней.

**Перикоронарит** — это воспалительный процесс, возникающий при затрудненном прорезывании зубов мудрости.

При прорезывании третьих моляров чаще всего происходит прорезывание одного или двух бугров зуба мудрости. Часть жевательной поверхности остается покрыта слизистой оболочкой. При этом положение зуба чаще всего не меняется. Под образующимся так называемым капюшоном скапливаются пищевые остатки, слизь, внедряются микробы. Сама слизистая оболочка, покрывающая часть жевательной поверхности, подвергается травме зубами-антагонистами. В результате этого возникает воспалительный процесс, который постепенно усиливается. Происходят рубцовые изменения капюшона, периодонтальная щель зуба расширяется, развиваются выраженные симптомы воспалительного процесса.

Пациент жалуется на боли в области причинного зуба. Боли возникают при глотании, отдают в ухо. Воспалительный отек охватывает участки прикрепления жевательных мышц, в результате чего открывание рта ограничивается. В области угла челюсти соответствующей стороны появляется отек мягких тканей. Температура тела повышается до 37,3-38°C.

При обследовании полости рта определяется отечность, гиперемия слизистой оболочки в области причинного зуба. Из-под капюшона выделяется гной, пальпация этой области рта болезненная. Отмечается увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. При развитии процесса воспаления открывание рта еще более ограничивается, усиливается боль при глотании. Может развиваться флегмона или остеомиелит.