**Заболевания зубов и ротовой полости**

Абсцесс околочелюстной - гнойное воспаление с образованием ограниченного очага распада в тканях челюстно-лицевой области.

Этиология. Смешанная флора, главным образом стрепто- и стафилококки. Источником инфекции служат околоверхушечные и перикоронарные очаги воспаления и пародонтальные карманы.

Патогенез связан с распространением инфекции в прилегающие мягкие ткани по лимфатическому и венозному руслу либо путем резорбции костной ткани.

Симптомы. Ограниченная припухлость, под гипереми-рованной и напряженной кожей или слизистой оболочкой флюктуация. Выраженность общих явлений (головная боль, озноб, лейкоцитоз) определяется размерами и локализацией абсцесса. Поддесневые абсцессы могут самопроизвольно вскрываться.

Лечение. Абсцессы языка, окологлоточного пространства, челюстно-лицевого желобка и другой локализации подлежат вскрытию. Полость абсцесса дренируют. Антибиотики назначают при повышении температуры и явлениях интоксикации.

Прогноз благоприятный. Нетрудоспособность кратковременная.

Профилактика: своевременноеатравматичноеэндо-донтическое лечение и устранение пародонтальных карманов.

АЛЬВЕОЛИТ - воспаление стенок лунки удаленного зуба.

Этиология. Инфекция, экстракционная травма.

Патогенез. Деструкция сгустка крови в экстракционной ране, нередко прогрессирование процесса, развившегося в лунке зуба до его удаления.

Симптомы. Сильная боль, повышение температуры до 37,5 °С, гнилостный запах. Десна близ края лунки гипереми-рована, отечна, кровяной сгусток расплавлен либо лунка зияет. Рентгенографически могут выявляться осколки кости и зуба.

Лечение. Выскабливание лунки, ее обработка раствором перекиси водорода, протеолитическими ферментами и дренирование. Нередко прибегают к повторному выскабливанию. Назначают анальгин, амидопирин, физиотерапию.

Прогноз благоприятный, нетрудоспособность 2-3 дня. Нередко луночные боли затягиваются на 2-3 нед. Профилактика: атравматичное удаление зубов.

АНКИЛОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА - ограничение подвижности или неподвижность нижней челюсти.

Этиология. Инфекционные артриты, травма, в том числе родовая.

Патогенез. Костное или фиброзное сращение суставных поверхностей, которое связано с повреждением или гибелью суставного хряща. Развивается медленно-месяцы, годы.

Симптомы. Стойкое сведение челюстей, полное или частичное, обычно одностороннее. Деформация нижней челюсти выражена тем сильнее, чем раньше сформировался анкилоз. Укорочены ветвь и тело нижней челюсти на больной стороне. Подбородок смещен, в больную сторону и кзади. При двустороннем анкилозе микрогения («птичье лицо»). Углы нижней челюсти выступают. Зубные дуги деформированы, нарушена артикуляция. Обильный зубной камень, боковые зубы наклонены. Нередко сохранены молочные зубы. Прием пищи затруднен. На рентгенограмме элементы сустава не дифференцируются. Костные тяжи могут идти от суставного и венечного отростков к основанию черепа.

Лечение оперативное - остеотомия ветви нижней челюсти. В послеоперационном периоде механотерапия. При остеотомии используют суставные головки из полимерных материалов. При фиброзных анкилозах возможно насильственное раздвижение челюстей.

Прогноз. Костные анкилозы приводят к стойким деформациям и расстройствам функции челюстей; при фиброзных анкилозах прогноз более благоприятный.

Профилактика: рациональная терапия артритов, предупреждение родовой травмы.

АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ - воспалительное Или воспалительно-дистрофическое заболевание височ-но-нижнечелюстного сустава.

Этиология. Травма, в том числе окклюзионная; инфекция общая - ревматизм, гонорея, скарлатина, корь и местная -остеомиелит челюсти, паротит, отит, мастоидит и т.п.

Патогенез. Инфицированиегематогенно-метастати-ческое или контактное, воспаление в капсуле сустава, затем деструкция хряща и мениска.

Симптомы, течение. В легких случаях - боль, усиливающаяся при движениях челюсти, небольшая припухлость у козелка; пальпация болезненна. При гнойном воспалении -резкая боль, отдающая в ухо, висок, из-за боли невозможно открыть рот. Повышается температура, отмечаются озноб, иногда интоксикация. При хроническом течении ту-гоподвижность, щелканье сустава при движениях челюсти, неприятные ощущения. Периодически бывают обострения.

Лечение. Покой (иммобилизация эластичной повязкой и резиновая прокладка между зубами), тепло, салицилаты, инт-ра- и периартикулярное введение антибиотиков и стероидных препаратов, УВЧ-терапия. При прогрессировании нагноитель-ного процесса - артротомия, при хроническом артрите - физиотерапия (электрофорез, индуктотермия, лечебная грязь), салицилаты и ортопедическое лечение. При специфических артритах назначают соответствующее лечение. При осложе-ниях анкилозом и контрактурой лечение хирургическое.

Прогноз. Легкие острые формы проходят бесследно, выраженные формы вызывают деформирующий артрит. При обнажении костных поверхностей сустава - анкилоз. Профилактика сводится к раннему устранению артикуляционной травмы.

ВЫВИХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА - смещение суставной головки нижней челюсти.

Этиология. Сильное раскрывание рта (при еде, крике, зевоте, при вмешательствах-удаление зуба, зондирование желудка, интубация и т. д.), травма.

Патогенез связан с растяжением либо разрывом суставной капсулы. Имеет значение врожденная слабость свя-

зочного аппарата. Различают вывихи полный и неполный (подвывих) передний, задний, односторонний и двусторонний. Типичен передний вывих, характеризующийся болью, невозможностью закрыть рот, затруднением речи, слюнотечением. При двустороннем вывихе рот раскрыт широко, при одностороннем подбородок смещен в здоровую сторону. Во время пальпации выявляется суставная головка впереди суставного бугорка. При заднем вывихе головка находится кзади от суставной ямки.

Лечение. Вывих вправляют под анестезией в положении больного сидя. Врач стоя большими пальцами, обернутыми марлевыми салфетками, надавливает на нижние маляры и без резких движений оттягивает нижнюю челюсть книзу. Суставные головки в положении ниже суставных бугорков устанавливаются в суставные ямки. Вправленную нижнюю челюсть фиксируют пращевидной повязкой на 2 нед. Привычные вывихи лечат ортопедически.

Прогноз благоприятный. Профилактика заключается в фиксации подбородка при вмешательствах.

ВЫВИХ ЗУБА - насильственное смещение зуба с повреждением периодонта. Вывихи подразделяют на неполные и полные, когда зуб утратил связь с лункой, а также вколоченные вывихи.

Симптомы-сильная боль, смещение зуба из зубного ряда, его патологическая подвижность. Позднее возникают воспаление пародонта и некроз пульпы зуба.

Лечение. При неполном вывихе зуб вправляют в лунку и фиксируют к смежным зубам. При появлении признаков некроза пульпы-трепанация коронки зуба и эндодонтическое лечение. При полном вывихе зуб удаляют либо реплантиру-ют. При вколоченном вывихе - наблюдение.

Прогноз при неполном вывихе благоприятный. При вколоченном вывихе зуб может со временем занять свое место в зубном ряду.

ГИНГИВИТ - воспаление десневого края. Может быть ге-нерализованным, когда поражается десна в области всех зубов одной или обеих челюстей, и локализованным, если поражена десна в области одного или нескольких зубов. Различают катаральный, гипертрофический, язвенный (язвенно-некротический ) гингивиты.

Генерализованный гингивит. Этиология. Зубной камень, мягкий зубной налет, курение, химическое раздражение, фузоспириллярная инфекция.

Патогенез. Катаральный гингивит развивается как реакция на раздражение, гипертрофический обусловлен эндокринными нарушениями обычно в пубертатном периоде и во время беременности. Язвенный гингивит особенно часто связан о иммунодефицитными состояниями организма и нарушением трофики тканей десны. Имеют значение гиповитаминоз С, прием некоторых медикаментов (дифенин и др.).

Симптомы, течение. Острый катаральный гингивит характеризуется гиперемией и отеком десны, кровоточивостью, болью, жжением; хронический-цианозом, отеком, разрыхлением десны. Обычны микробный налет и твердые зубные отложения. При гипертрофическом гингивите десна плотная, разросшаяся и частично покрывающая коронки зубов, больше с вестибулярной стороны. Образуются ложные патологические карманы, поддесневой камень. Часто наблюдаются аномалии положения зубов. На рентгенограмме четкие изменения межзубных перегородок не выявляются. При язвенном гингивите наблюдается помутнение десневых сосочков, их болезненность. Десневой край имеет вид грязно-серой, легко снимающейся некротической пленки. Обнаженная поверхность темно-красная, кровоточащая. Очаг поражения разной протяженности с неровными, фестончатыми краями. Резкая болезненность, невозможность приема пищи. Изо рта зловонный запах, слюнотечение. Лимфатические узлы увеличены, болезненны. Температура до 38-39 "С. Вялость, головная боль. Изъязвления могут распространиться на слизистую оболочку полости рта.

Лечение. Устранение раздражающих факторов. При хроническом катаральном гингивите ирригация рта 2% раствором бикарбоната натрия и 1% раствором натрия хлорида. Гипертрофический гингивит требует хирургического лечения (кюретаж, гингивэктомия). Возможна склерозирующая терапия. При язвенном гингивите распавшуюся ткань удаляют под инфильтрационным обезболиванием новокаином. Обработка поверхности 2% раствором перекиси водорода, трипсином, химотрипсином. Назначают иммуномодулирующие препараты. При выраженных общих явлениях-антибиотики, сердечные средства.

Прогноз. Острый катаральный гингивит заканчивается через 7-10 дней, хронический требует настойчивого лечения. Гипертрофический гингивит часто рецидивирует, больные нуждаются в ортодонтическом лечении, обычно излечивается полностью, иногда бывают рецидивы. Профилактика. Устранение местных раздражающих факторов, главным образом зубного камня. Систематический уход за полостью рта.

Локализованный гингивит. Этиология. Травма при жевании, зубной щеткой, зубочисткой. Патогенез связан с застреванием пищи между зубами при нарушении межзубного контактного пункта.

Симптомы, течение. При остром локализованном гингивите боль усиливается при еде. Сосочек гиперемиро-ван, отечен. При хроническом - чувство неловкости, боль, проходящая после удаления пищи, застрявшей между зубами. Край десны отечен, цианотичен, может быть атрофированным, изъязвленным, легко кровоточит. На зубах апрокси-мальные дефекты либо неполноценные пломбы. Рентгенографически: межзубные перегородки сохранены.

Лечение. Восстановление контактного пункта между зубами пломбированием либо вкладками.

Прогноз при рациональном лечении благоприятный. Профилактика- рациональное лечение апроксимапьного кариеса. Без лечения воспалительный процесс в десне прогрессирует, развивается локализованный пародонтит.

ГИПЕРЕСТЕЗИЯ ЗУБОВ - повышенная болевая и тактильная чувствительность зубов. Патогенез связывают с повышением проницаемости эмали и восприятием рецептор-ным аппаратом зуба боли при неповрежденных твердых тканях.

Симптомы. Резко выраженная чувствительность к температурным, химическим и физическим раздражителям, чувство оскомины. Зубы обычно интактные. Гиперестезия как симптом наблюдается при патологической стертости, обнажении шеек зубов при поражениях пародонта, кариесе и других поражениях зубов. Обработка зубов фторидами, предпочтительно фтористым лаком и другими реминерализующими препаратами. Электрофорез фторида натрия, витамина Bv новокаина и др. Внутрь препараты кальция и фосфора; пользоваться зубной пастой «Жемчуга.

Прогноз благоприятный. Профилактика - рациональный уход за зубами, желательно избегать кислой пищи. Важно своевременное замещение дефектов зубных рядов.

ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ - недоразвитие эмали зубов. Патогенез. Подавление функции энамелобластоа в период формирования зубов. Известны и генетически детерминированные формы.

Симптомы. Пятна и дефекты эмали зубов различной формы. Поражаются симметричные зубы. Субъективных ощущений нет. Болезнь не прогрессирует.

Лечения не требуется. При обезображивании зубов - микропротезирование.

Прогноз. Дефекты стабильные, осложнений не вызывают. Пораженные зубы податливы кариесу. Профилактика не разработана.

ГЛОССАЛГИЯ - гиперестезия и парестезии языка. Возникновение связано с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, гормональными сдвигами и изменениями в психоэмоциональной сфере. Имеют значение раздражения языка острым краем кариозной полости, корня зуба, зубным протезом и т. д. Встречается и как проявление контактной аллергии к пломбировочным и зубопротезным материалам.

Симптомы. Неприятные ощущения, чувство жжения, пощипывание, главным образом в области кончика либо корня языка, чаще одной половины. Эти ощущения в языке возникают независимо от приема пищи, обычно к вечеру. Нередко сухость во рту. Иногда отмечается парестезия губы и других участков слизистой оболочки рта и кожи лица. Заболевание может сопровождаться канцерофобией. Отчетливых изменений слизистой оболочки языка нет. Начало заболевания часто ассоциируется с вмешательством в полости рта (удаление зуба, пломбирование зубов, зубное протезирование и т. д.). Иногда жалобы возникают после выявления больным каких-либо анатомических особенностей языка. При обследовании проводят кожные аллергические пробы с 1% раствором хромата калия у носителей зубных протезов из стали, с 1 % раствором хлористого золота при зубных протезах или пломбах из золота. При пользовании зубными протезами из пластмассы необходимо исключить сенсибилизацию к акриловым пластмассам.

Лечение строго индивидуализированное на основании данных обследования больного, нередко с участием эндокринолога, невропатолога, гинеколога и других специалистов. Непременное условие-устранение всех факторов, раздражающих язык, удаление из полости рта аллергенов в виде зубных протезов и пломб. Назначают препараты, усиливающие слюновыделение (1% раствор пилокарпина по 4-5 капель 1-2 раза в день), психотропные средства-андаксин, диазепам (седуксен) и т. д. Важна психотерапия. При локали-зованности ощущений повторная новокаиновая блокада. Полезны витамины С, В,, В2, В12, A, PP. Физические методы: синусоидальные модулированные токи на шейные симпатические узлы, гальванический воротник по Щербаку.

Прогноз обычно благоприятный, заболевание не связано с утратой трудоспособности.

ГЛОССИТ - катаральное либо гнойное воспаление тканей языка. Этим термином обозначают также симптоматические (пернициозная анемия, авитаминозы, некоторые дерматозы, острые инфекции) изменения языка и аномалии строения (ромбовидный, складчатый язык и т. д.).

Этиология. Местнораздражающие факторы, укол косточкой, укус и другие травмы.

Симптомы, течение. При катаральном глоссите чувство жжения в языке, боль при попадании острой пищи. Язык гиперемирован, отечен, сосочки языка сохранены. При абсцессе языка нарастающая боль, усиливающаяся от прикосновения; речь невнятна, слюнотечение, язык увеличен неравномерно, границы припухлости нечеткие, развитие медленное. При флегмоне языка - боль, нарушение глотания, речи, дыхания, слюнотечение. Отек дна полости рта и шеи, интоксикация, повышение температуры тела.

Лечение катарального глоссита-устранение раздражающих факторов (зубной камень, острый край зуба, зубные протезы), ирригация полости рта 2% раствором гидрокарбоната натрия. Абсцесс и флегмона требуют хирургического лечения, при флегмоне-неотложного.

Прогноз: катаральный глоссит проходит за несколько дней; при гнойном - радикальное вскрытие и активная ан-тибиотикотерапия предопределяют благоприятный исход.

ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ - отсутствие одного или нескольких зубов с нарушением целостности зубной дуги. Образуются как результат потери зубов вследствие осложнений кариеса, болезней пародонта, травмы. Возможна вротеденная адентия или задержка прорезывания отдельных зубов.

Симптомы. Нарушена функция жевания, одна часть оказывается перегруженной, другая не функционирует, происходит смещение зубов и деформация окклюзионных поверхностей. Возможно нарушение произношения, косметический дефект.

Клинические проявления зависят от локализации (верхняя и нижняя челюсть, передний или боковые отделы зубных рядов) и протяженности дефекта. Различают дефекты включенные -при сохранившихся зубах с обеих сторон и концевые, когда дефект ограничен только с передней стороны. Клиника зависит также от вида прикуса, состояния зубов и пародонта, причины утраты зубов, сроков их потери и возраста больного.

Лечение. При включенных дефектах зубных рядов и здоровом пародонте-замещение мостовидными протезами. Односторонние и двусторонние концевые дефекты зубных рядов замещают съемными, предпочтительно бюгельными (дуговыми) протезами. Имплантаты открывают перспективу замещения концевых дефектов зубных рядов мостовидными протезами.

Прогноз. Рациональное протезирование обеспечивает восстановление функции жевания, речи и сохранение оставшихся зубов. Без восстановления утраченных зубов образуются вторичные деформации зубных рядов, поражается па-родонт, возможно поражение височно-нижнечелюстного сустава. При неправильном протезировании-преждевременная потеря опорных зубов.

ЗУБНОЙ КАМЕНЬ - известковые отложения на зубах.

Патогенез: фиксация на шейках зубов мукополисаха-ридного налета и его пропитывание минеральными солями слюны и микроорганизмами; повышение вязкости слюны; имеет значение ослабление самоочищения зубов при жевании.

Симптомы: отложения у шейки зубов, расположенных близ выводных протоков слюнных желез. Вначале зубной камень рыхлый, слабо пигментированный, со временем становится плотным, пигментированным. Поддесневой камень черного цвета, тонким слоем покрывает обнаженную часть шейки зуба и возникает при воспалении десневого края. Зубной камень поддерживает воспаление десны.

Лечение - удаление зубного камня специальными инструментами либо с помощью ультразвука. Целесообразно применять обезболивание. Рецидивирующие зубные камни подлежат повторному удалению. Профилактика-употребление жесткой пищи, лечение больных зубов, борьба с нарушениями обмена.

КАРИЕС ЗУБА - заболевание, характеризующееся прогрессирующим разрушением твердых тканей зуба. Возбудитель-стрептококк мутане, скапливающийся на поверхности эмали, обычно в ретенционных местах, в виде мягкого зубного налета.

Патогенез. Микрофлора бляшки повреждает органическую основу эмали, которая при этом утрачивает способность фиксировать минеральный субстрат. Образуется кариозный дефект. Устойчивость к кариесу предопределяется структурой эмали, зависящей как от условий формирования зубов, так и от состояния местного иммунитета полости рта.

Симптомы, течение. Кариес различают по остроте течения и глубине поражения. Больной жалуется на боль при попадании в кариозную полость холодной, кислой, сладкой пищи. Устранение раздражителя прерывает боль. Самопроизвольных болей не бывает. В начальной стадии на поверхности эмали имеется грязно-серое или коричневое пятно. При поверхностном кариесе дефект в пределах эмали, его дно шероховато; при среднем кариесе дефект распространен за дентинноэмалевое соединение; при глубоком-захватывает все слои дентина. При остром течении ткани, вовлеченные в кариозный процесс, грязно-серого цвета, размягчены, кариозный очаг неправильной формы, его края подрыты. Поражается ряд зубов. При острейшем течении поражено больше зубов, в каждом зубе несколько полостей. При хроническом течении пораженные ткани пигментированы, плотны, их края относительно ровные. Поражены отдельные зубы.

Лечение-иссечение пораженных тканей (эмали, дентина), формирование полости и восстановление формы и функции зуба. Иссечение производят зубными борами разной формы. Это вмешательство требует премедикации (мепро-тан, изопротан, амизил, оксилидин и т. д. в сочетании с анальгином, амидопирином и др.) и обезболивания (наиболее эффективно- проводниковое). Кариозный дефект восполняется пломбой (цементы, амальгамы, пластмассовые, эпоксид-ные, сталь, золото, фарфор). Лечение начального кариеса не требует иссечения ткани и достигается путем реминерализа-ции-аппликации либо электрофореза 1 % раствора фторида натрия или патентованных реминерализующих препаратов. При острых формах показаны диета, богатая белками, минеральными солями, витаминами. Препараты кальция, фосфора, витамины А, С, D, В,, В5, В6. Нуклеинат натрия по 0,1 г внутрь 1 раз в день, фторид натрия внутрь в дозе 4-6 мг/сут, облучение ультрафиолетовыми лучами.

Прогноз. Без лечения кариес непременно осложняется пульпитом. Лечение хронических форм пломбированием надежно, острых-эффективно лишь при дополнительной патогенетической терапии. Острейший кариес требует диспансерного наблюдения.

Профилактика. Меры по повышению устойчивости зубов к кариесу и борьба с образованием мягкого зубного налета: потребление молока и молочных продуктов, витаминизация, прием препаратов фтора внутрь, жесткая пища и чистка зубов зубными порошками и пастами («Чебурашка», «Фто-родент»). Имеют значение борьба с острыми инфекционными и сопутствующими заболеваниями, общеоздоровительные мероприятия. Исключительно важно введение фтора внутрь с питьевой водой (1 мг/л), в виде таблеток и др. Местная флю-оризация зубов (пасты, растворы, лаки).

КИСТЫ ЧЕЛЮСТНЫЕ - патологическое полостное образование с жидким содержимым одонтогенного происхождения.

Этиология, патогенез. Корневая киста развивается из эпителиальных элементов под влиянием раздражающих воздействий очага воспаления в периодонте. Происхождение фолликулярной кисты связывают с кистевидным перерождением тканей зубного фолликула.

Клиническое течение кист челюстей вначале бессимптомное. По мере развития образуется округлое безболезненное выпячивание, истончение костной стенки кисты. Диагностика требует рентгенографии, выявляющей четко очерченную сферическую полость; при корневой кисте - корень зуба с пораженным периодонтом, а при фолликулярной-непрорезавшийся зуб (либо коронковая часть зуба), погруженный в дефект кости. При нагноении кисты возникают симптомы, характерные для острого одонтогенного остеомиелита.

Лечение оперативное - цистотомия и цистэктомия. В ряде случаев корневые кисты лечат консервативно. Нагноившиеся кисты требуют неотложного лечения-вскрытия кисты и дренирования ее полости. Прогноз в большинстве случаев благоприятный. Большие кисты нижней челюсти могут осложниться патологическим переломом. Профилактика корневых кист-современное лечение верхушечного периодонтита.

КРОВОТЕЧЕНИЕ после операции удаления зубов - профузное, самостоятельно не прекращающееся кровотечение из экстракционной раны.

Этиология: травма при удалении зубов, чаще грубая.

Патогенез: разрыв, размозжение тканей лунки и десны, резорбция стенки сосуда, парез вазоконстрикторов; нарушение свертывания крови.

Симптомы: очевидное кровотечение, окрашивание слюны кровью. Кровотечение может длиться сутки и дольше, вызывая вторичную анемию. Необходимо исследование свертываемости крови и других показателей, важных для установления причины геморрагического синдрома.

Лечение. Сдавление лунки: тампонада марлевой турун-дой, гемостатической губкой или фибриновой пленкой; тампон заменяют через 3-4 дня. Ушивание экстракционной раны. Исключение горячей пищи. При нарушениях свертываемости крови-госпитализация, переливание свежезамороженной плазмы и т. д.

Прогноз обычно благоприятный. При заболеваниях крови исход зависит от характера патологии. Профилактика-ат-равматичное удаление зубов. При болезнях крови это вмешательство проводят только в условиях стационара после соответствующей подготовки больного.

КСЕРОСТОМИЯ - сухость полости рта.

Этиология неизвестна. Патогенез связан с угнетением слюновыделения. Наблюдается также при синдроме Шегре-на, лучевой болезни, диабете.

Симптомы: чувство сухости во рту, парестезия языка. Слизистая оболочка сухая, ярко-красного цвета. Слюна густая, вспененная. Заболевание может осложниться повреждением слизистой оболочки.

Лечение симптоматическое. Внутрь назначают 3% раствор калия йодида по 1 столовой ложке 2 раза в день, 1 % раствор пилокарпина по 4-5 капель вечером, прозерин, га-лантамин, лекарственные травы (мать-и-мачеха, девясил, термопсис). Рассчитывать на излечение трудно.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ - дистрофическое изменение слизистой оболочки, сопровождающееся ороговением эпителиального слоя.

Этиология: местные хронически действующие раздражающие факторы, курение, алкоголь.

Патогенез: развивается на фоне слабого хронического воспаления; рассматривается как своеобразная защитная реакция на хроническое раздражение слизистой оболочки. Имеет значение дефицит витамина А.

Симптомы, течение. Болеют преимущественно немолодые мужчины. Обычная локализация-слизистая оболочка щек близ угла рта, язык, нижняя губа. Выделяют несколько форм. При плоской форме жалоб нет либо имеется чувство стягивания; очаг слизистой оболочки мутнеет, по мере ороговения опалесцирует, напоминая перламутр; слегка выступает над рельефом слизистой оболочки. Бородавчатая форма: резко очерченные участки ороговения, нередко наслаивающиеся на очаги плоской лейкоплакии; поверхность буфиста. Эрозивная форма проявляется эрозиями и трещинами на фоне очагов других форм лейкоплакии.

Лечение. Санация полости рта, запрещение курения, алкоголя; витамин А (концентрат внутрь по 10 капель 3 раза в день). Эффективна повторная обработка аэрозольным препаратом «Ливиан». При поражении губ-фотозащитный крем. Появление признаков малигнизации служит основанием для иссечения; больных берут под диспансерное наблюдение.

Прогноз. Плоская форма обратима. Бородавчатая и эрозивная формы рассматриваются как предрак.

ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ - инфекционный воспалительный процесс, поражающий все элементы челюстной кости. Различают остеомиелит гематогенный, травматический и одонтогенный (наиболее распространенная разновидность).

Этиология одонтогенного остеомиелита-микрофлора корневых каналов зубов и зубодесневых карманов (стрептококки, стафилококк, анаэробы).

Патогенез связан с рапространением, воспалительного процесса на костную ткань. Инфекция проникает из пародонта по лимфатическим сосудам и костным канальцам. Важна роль предшествующей микробной сенсибилизации организма.

Симптомы, течение. При остром остеомиелите: самопроизвольная пульсирующая боль в челюсти, головная боль, озноб, температура до 40 °С. Обнаруживается пораженный зуб с некротизированной пульпой (возможно с пломбой); он и примыкающие к нему зубы резко болезненны, подвижны. Отечное асимметричное лицо. Переходная складка гиперемирована и сглажена. Лимфатические узлы увеличены, болезненны. Остеомиелит нередко осложняется абсцессом, флегмоной. В крови нейтрофильный лейкоцитоз; СОЭ увеличена. Общее состояние различной степени тяжести.

Лечение хирургическое - удаление так называемого причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, флегмоны. Антибиотики широкого спектра действия. Витамин С до 1 г/сут, антигистаминные препараты, анальгетики, дезин-токсикационное воздействие.

Прогноз зависит от своевременного активного лечения и состояния резистентности организма. Нередко процесс принимает хроническое течение. Симптомы хронического остеомиелита-свищи с гнойным отделяемым и грануляциями на слизистой оболочке альвеолярного отростка и коже лица и шеи, зубы подвижны и болезненны, асимметрия лица. Рентгенографически -костные секвестры. Течение длительное- месяцы, годы; частые обострения. На верхней челюсти может осложниться гайморитом, тромбофлебитом лицевых вен. Возможен патологический перелом нижней челюсти.

Лечение. Удаление пораженных зубов и мелких секвестров через свищевые ходы, при отграничении больших секвестров-секвестротомия. Иммуномодулирующие препараты. При угрозе патологического перелома - шинирование.

ОСТРАЯ ЗУБНАЯ БОЛЬ. Самопроизвольно возникающие приступы боли в зубе, нередко иррадиирующей в ухо или висок, связаны в воспалением пульпы (см. Пульпит). Постоянная, локализованная в области одного зуба боль, нередко пульсирующая, усиливающаяся от прикосновения к зубу, связана с воспалением околоверхушечных тканей (см. Периодонтит верхушечный). Острая зубная боль может быть обусловлена и пародонтитом (см.), обострения которого сопровождаются образованием пародонтальных абсцессов.

Неотложная помощь-см.Пульпит,Периодонтит верхушечный, Пародонтит.

ПАРОДОНТИТ - воспалительное заболевание тканей па-родонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией альвеолярного отростка. Выделяют пародонтит генерали-зованный и локализованный.

Генерализованный пародонтит. Этиология. Мягкий зубной напет, окклюзионная травма, зубной камень и неопрятное» содержание полости рта. Нередко развивается как осложнение хронических форм гингивита.

Патогенез. Развивается как реакция на мягкий зубной налет при котором воспалительный процесс распространяется с десны на подлежащие ткани; этому способствует ослабление иммунитета. Осложняет врожденные и вторичные заболевания с выраженными нарушениями клеточного иммунитета, например гемобластозы, СПИД и др.

Симптомы, течение. Гиперемия и отекдесны, край которой обычно разрыхлен; повреждение зубодесневой бороздки, образование зубодесневых карманов; обильные зубные отложения. В зависимости от выраженности воспалительного процесса отмечаются нарушение функции жевания, смещение зубов, их патологическая подвижность, травматическая артикуляция. Рентгенографически определяется деструкция межзубных перегородок без поражения основания альвеолярного отростка и тела челюстей: контуры межзубных перегородок нечетки. Периодические обострения сопровождаются образованием пародонтальных абсцессов с выраженными общими нарушениями (повышение температуры тела, недомогание, лейкоцитоз, увеличена СОЭ).

Лечение комплексное, обязательно включающее кюре-таж; хирургическое, реже неоперативное, устранение зубодесневых карманов. При остром течении и обострении антибиотики широкого спектра; при хроническом течении метронида-зол. Иммуномодулирующие препараты. Общеукрепляющая терапия. Шинирование зубов и рациональное зубное протезирование. Пришлифовывание бугров коронок зубов. Систематический уход за полостью рта с использованием лечебно-профилактических паст, обладающих противовоспалительным («Айра», «Лесная», «Приедите»), антимикробным («Хлоргексидиновая») и устраняющим мягкий зубной налет («Поморий», «Дзинтариньш») действием. Диспансерное наблюдение.

Прогноз. Рациональное лечение и систематический гигиенический уход за полостью рта позволяют добиться ремиссии. При отсутствии лечения либо пренебрежении режимом реабилитации-полная деструкция костного пародонта и утрата зубов.

Локализованный пародонтит. Этиология: нарушение контактного пункта при апроксимальном кариесе, травма нависающим краем пломбы, деталями зубных протезов.

Патогенез связан с повреждением зубодесневого соединения и образованием зубодесневых карманов.

Симптомы, течение. Застревание пищи; при остром и обострившемся течении - боль, усиливающаяся при еде, отечность и гиперемия десны, абсцедирование, патологическая подвижность зуба (зубов). При хроническом течении -чувство неловкости, застревание пищи, десна утолщена, иногда истончена. На зубе или смежных зубах апрок-симальные дефекты, неполноценные пломбы или искусственные коронки. Рентгенографически-резорбция межзубных и межкорневых перегородок, выраженная в различной степени.

Лечение. Устранение зубодесневых карманов. При абсцессе - вскрытие, при значительной деструкции лунки - удаление зуба. Необходимо восстановление контактного пункта между зубами пломбированием либо вкладками.

Прогноз. Устранение пародонтального кармана и факторов, повреждающих десневой край, приводит к излечению.

ПАРОДОНТОЗ - системное поражение пародонта в виде прогрессирующей атрофии альвеолярных отростков.

Этиология, патогенез связаны с расстройством местного кровообращения, эндокринными нарушениями. Развитию способствуют диабет, цирроз печени, язвенная болезнь желудка и другие болезни.

Симптомы, течение. В начальном периоде чувство неуверенности при жевании, зуд в деснах. Ощущение подвижности зубов, неприятного запаха во рту, извращение вкуса. Зубы интактны. По мере развития процесса застревание пищи в межзубных промежутках, обнажение шеек зубов, могут образоваться клиновидные дефекты на зубах, нередко гиперестезия обнаженных шеек зубов. Рентгенографически - снижение высоты межзубных перегородок без признаков ос-теопороза и воспалительной деструкции. Для раннего выявления необходимы лабораторные и функциональные (реог-рафия) исследования. При активном течении-относительно ранняя утрата зубного ложа всех зубов. В стадии стабилизации процесс может не прогрессировать в течение десятилетий. При этом, однако, может быть воспалительная резорбция лунок отдельных зубов, связанная с осложнениями воспалительного характера.

Лечение комплексное, индивидуализированное, определяется особенностями течения заболевания, характером осложнений и общим состоянием организма. Меры по улучшению местного кровообращения (дарсонвализация, вакуум-массаж, гидро- и аутомассаж и т. п.). Удаление над- и под-

десневых зубных отложений. Для устранения патологической окклюзии применяют ортопедические меры - прищли-фовывание буфов коронок зубов, зубное протезирование. Назначают витамины С и группы В, половые гормоны, препараты, обладающие анаболическим (пентоксил, неробол, метил-урацил и др.) действием. Дието-, курорто- и психотерапия. Диспансерное наблюдение.

Прогноз при стабилизированном течении благоприятный, при активном течении приводит к ранней утрате зубов. Профилактика: периодическое удаление зубного камня и систематический уход за зубами. Питание, полноценное по составу и консистенции.

ПЕРЕЛОМ ЗУБА - травматическое нарушение целости коронки или корня зуба. Различают перелом (отлом) эмали, дентина без обнажения пульпы, с обнажением пульпы и перелом корня зуба.

Симптомы: сильная боль, интенсивность которой нарастает при попытке открыть рот; может сочетаться с признаками повреждения зубного ложа. При отломе эмали жалобы на спабовыраженную боль от прикосновения. При переломе в пределах дентина боль сильнее. При обнажении пульпы-самопроизвольная боль, резко усиливающаяся при открытии рта.

Лечение. При обнажении пульпы и признаках ее воспаления, когда она не обнажена, проводится витальная экстирпация (обезболивание проводниковое). Перелом корня требует его удаления. При отломе эмали и отчасти дентина-наблюдение, а в дальнейшем косметическое восстановление коронки.

Прогноз:при переломах коронки зуб удается сохранить.

ПЕРЕЛОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ - повреждение челюстной кости с нарушением ее целости.

Этиология. Бытовая, спортивная, огнестрельная и другие травмы.

Патогенез. Неогнестрельные переломы происходят по «слабым линиям» челюстей. Патологические переломы обусловлены наличием заболеваний - хронического остеомиелита, злокачественной опухоли, фиброзного остита и др. Переломы обычно открытые.

Клиническая картина определяется болевым синдромом, смещением отломков, их подвижностью, изменением прикуса, нарушением речи и жевания, обильным слюнотечением. При переломе альвеолярного отростка определяющий симптом-нарушение артикуляции. Течение переломов может осложняться остеомиелитом и околочелюстной флегмоной. Рентгенограмма позволяет уточнить локализацию и характер перелома. Своеобразие клинических проявлений во многом определяется локализацией перелома. Огнестрельные переломы челюстей имеют более разнообразную локализацию, обычно сочетаются с ранением глаз, носа, костей черепа, сопровождаются обильным носовым и ротовым кровотечением. Возможны аспирация крови, рвотных масс, зубов и другие осложнения (асфиксия, менингит).

Лечение заключается в сопоставлении отломков и их фиксации. Иммобилизация обеспечивается проволочными назубными шинами, проволочными или полимерными нитями, остеосинтезом металлическими стержнями, а также с помощью специальных аппаратов (Рудько, Збаржа). Раны ушивают, при обширных дефектах накладывают проволочные пластиночные швы. Неотложная помощь состоит из транспортной иммобилизации, остановки кровотечения, предупреждения асфиксии и противошоковых мероприятий. Транспортную иммобилизацию производят жесткой подбородочной пра-щевидной повязкой. Для предупреждения асфиксии больного усаживают либо укладывают на бок. Если язык западает, то его прошивают лигатурой и фиксируют. При необходимости производят трахеотомию. Важно обеспечить питание больного жидкой высококалорийной пищей, вводимой с помощью поильника либо чайной ложки. Для предотвращения развития травматического остеомиелита вводят антибиотики.

Прогноз. При ординарных переломах и своевременном лечении целость кости и функция челюстей восстанавливаются в течение 3-4 нед. Переломы ветви, суставного и височного отростков нижней челюсти чреваты стойкими функциональными нарушениями.

ПЕРИКОРОНАРИТ - воспаление десневого капюшона, покрывающего прорезавшийся зуб.

Этиология: смешанная ротовая микрофлора, травма. П атогенез. Развивается как осложнение при прорезывании зуба, главным образом зуба мудрости, и при его дистопии.

Симптомы: боль в челюсти и подчелюстной области; глотание болезненно, раскрывание рта затруднено. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна, температура тела повышается до 37-38 °С. Течение затяжное, рецидивирующее. Осложняется остеомиелитом, абсцессами ретромолярной области, флегмоной. На рентгенограмме виден частично прорезавшийся зуб, иногда в аномалийном положении.

Лечение. Иссечение капюшона слизистой оболочки; при рецидивах-удаление зуба. Осложнения (абсцесс, флегмона) требуют соответствующего лечения. Заболевание может длительно рецидивировать. Приводит к временной потере трудоспособности. Нередко излечение наступает лишь после удаления зуба.

ПЕРИОДОНТИТ ВЕРХУШЕЧНЫЙ - воспаление тканей, окружающих верхушку корня зуба.

Этиология: инфекция (стафилококк, стрептококк, анаэробы), травма механическая, в том числе микротравма (перекусывание нитки, захватывание зубами гвоздей и т. д.), химическая.

Патогенез. Распространение через верхушечное отверстие воспалительного процесса с пульпы. Реакция на контакт с некротизированной пульпой, сильнодействующими медикаментами и на повреждение эндоканальными инструментами. При микротравме разрыв сосудисто-нервного пучка. Имеетзначение микробная и лекарственная сенсибилизация.

Симптомы, течение. Острый периодонтит проявляется резкой болью в области зуба, усиливающейся от прикосновения к нему. Припухлость губы, щеки. Десна отечна, гиперемирована, инфильтрирована. Зуб патологически подвижен. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, температура 37-37,5 °С. Возможны осложнения в виде околочелюстного абсцесса, остеомиелита челюсти. При образовании подчелюстного абсцесса выраженность симптомов уменьшается. Хронический процесс протекает вяло: возникают чувство неловкости при еде, неприятный запах изо рта, иногда свищи на десне, реже на коже лица. Периодически периодонтит обостряется. В пораженном зубе кариозная полость либо пломба. Пульпа некротизиро-вана. При травматическом происхождении процесса коронка зуба интактна. Различные формы дифференцируют с помощью рентгенографии. Заболевание может привести к образованию кисты челюсти. Является источником стрептококковой сенсибилизации организма.

Лечение. Острый процесс требует неотложного вмешательства - создания оттока экссудата из заверхушечной области, что достигается путем прохождения корневого канала эндодонтическим инструментом и раскрытием верхушечного отверстия. Поднадкостничный абсцесс вскрывают. При выраженных общих явлениях назначаются антибиотики. При хроническом процессе производят расширение корневых каналов, их антимикробную обработку, воздействуют на очаг воспаления медикаментами или физическими методами (электрофорез, УВЧ-терапия и др.). Лечение завершается пломбированием корневых каналов твердеющими пластичными (фосфат-цемент, цебанит, эндодент и т. п.) или твердыми (штифты из серебра, пластмассы) материалами. Применяют и хирургические методы лечения-удаление зуба, резекцию верхушки корня, реплантацию зуба, гемисекцию.

ПУЛЬПИТ - воспаление пульпы зуба, проявляющееся приступами боли.

Этиология. Микрофлора кариозной полости, химическая, механическая и термическая травмы. Патогенез связан с прогрессированием кариозного процесса и воспалительной реакцией на микрофлору и травму пульпы. Возможно инфи-цирование через верхушечное отверстие, например при болезнях пародонта.

Симптомы, течение. Самопроизвольная приступообразная боль, особенно в ночное время, провоцируемая механическими, химическими и температурными раздражителями. Характерна иррадиация боли по ходу соответствующей ветви тройничного нерва.

При серозных формах в начале заболевания приступы боли, обычно ноющей, нечасты и кратковременны, по мере прогрес-сирования процесса они учащаются и удлиняются. При гнойном пульпите приступы длительные, пульсирующие боли нарастают. При серозном пульпите холод вызывает болевой приступ, а при гнойном - купирует его. При хронических формах пульпита типичные болевые приступы возникают главным образом во время обострений. Диагноз ставят на основании характерных жалоб, выявления кариозной полости и зондирования ее дна. При гнойной и хронических формах перкуссия обычно болезненна.

Лечение направлено на купирование воспалительного процесса и болевого приступа. При серозных формах у молодых людей возможно сохранение пульпы: иссечение пораженного дентина, медикаментозная (антибиотики, гидроокись кальция и т. п.) обработка и пломбирование. Хирургическое лечение предусматривает удаление всей или только корон-ковой пульпы под проводниковым обезболиванием либо после девитализации (мышьяковистая кислота, параформ). Неотложная помощь при острых серозных формах: очищение кариозной полости от размягченного дентина (экскаватором) и ее орошение теплым раствором анестетика (2% раствор новокаина, дикаин, 5% раствор кокаина) либо введение в кариозную полость тампона, пропитанного раствором стероидных препаратов (преднизон, преднизолон). При остром гнойном пульпите необходимо вскрытие полости зуба. Внутрь назначают анальгин, амидопирин.

Прогноз. При отсутствии лечения - некроз пульпы и распространение процесса на околоверхушечные ткани. При лечении, как правило, исход благоприятный. Профилактика -своевременное лечение кариеса.

СТОМАТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКАЯ (стоматогенный сепсис, ротовой сепсис) - очаг хронического воспаления в полости рта (главным образом околоверхушечные и пародонтальные воспалительные процессы), вызывающие сенсибилизацию организма.

Симптомы. Течение вялое, длительное. Слабость, быстрая утомляемость, головная боль, субфебрильная температура тела, лейкоцитоз, чередующийся с лейкопенией, лимфоцитоз, вторичная анемия, увеличение СОЭ, повышение титра О-стрептолизина, положительные кожные пробы на аллергены, в частности стрептококковый. Выявляются зубы с омертвевшей пульпой, пародонтальные карманы или очаг в беззубой челюсти. Очаг нередко обусловливает развитие и поддерживает течение ревматизма, ревматоидного артрита, нефрита, иридоциклита и других инфекционно-аллергичес-ких заболеваний.

Лечение. Обычно прибегают к удалению зубов и хирур-гическому иссечению зубодесневого кармана. Возможно и неоперативное устранение очага в зубе и пародонте. Больной подлежит диспансерному наблюдению;

Профилактика - санация полости рта и раннее устранение очагов хронического воспаления в ней.

СТОМАТИТ - воспаление слизистой оболочки рта, в том числе при острых инфекциях (корь, дифтерия, скарлатина), болезнях кожи (красный плоский лишай, экссудативнай эритема и др.), крови (лейкоз, агранулоцитоз, гиперхромн^я анемия и др.) авитаминозах (спру, пеллагра, цинга).

Афтозный стоматит. Этиология, патогенез. Раздражение эпителия зародышевого слоя вирусом герпеса, усиливающее митоз. Обусловлен понижением уровня имму-нологической защиты; рассматривается также как проявление системного поражения слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта. Поражает преимущественно детей.

Симптомы: недомогание, слюнотечение, отказ от пищи, гиперемия слизистой оболочки рта, образование на щеках, языке, губах, небе, афт-болезненных элементов округлой формы с беловато-серым налетом и ярко-красным ободком. Температура тела до 40 "С. Лимфатические узлы увеличены, болезненны. В тяжелых случаях афты сливаются, изъязвляются. Могут быть «отсевы» на коже. Заболевание длится 7- 14 дней. Выздоровление полное. Иммунитет нестойкий.

Лечение. Салицилаты, антигистаминные препараты, витамин С, препараты кальция. При выраженных общих явлениях, слиянии элементов, лимфадените - антибиотики, аппликации интерферона, оксолиновой мази. Ирригация полости рта раствором перекиси водорода (1 столовая ложка 3% раствора на полстакана воды), 1% раствором гидрокарбоната натрия.

Хронический рецидивирующий стоматит- периодическое высыпание на слизистой оболочке щек, губ, языка, дна полости рта одного или нескольких элементов (афт). Длительность интермиссий различна. Жалобы зависят от локализации афт. Цикл развития до 3-4 нед. Высыпания рецидивируют многие годы.

Лечение симптоматическое-инъекции под основание афты 0,5% раствора новокаина, противорецидивное-витамины С, В,, В2, В12, антигистаминные препараты, гамма-глобулин, пирогенал, продигиозан, левамизол. Из антивирусных препаратов-бонафтон.

Прогноз. Афты исчезают сравнительно быстро. Противорецидивное лечение не всегда эффективно.

Профилактика. Устранение очагов хронического воспаления. Закаливание организма.

Грибковый стоматит (кандидоз, молочница). Патогенез. Дисбактериоз, обычно связанный с применением антибиотиков; угнетение сопротивляемости организма, связанное с истощающими заболеваниями, приемом кортикостеро-идов и других медикаментов. Развитию заболевания способствует плохой уход за полостью рта.

Симптомы. Слизистая оболочка сухая, красного цвета, белесоватые точенные образования, вскоре сливающиеся. Появляющаяся белая пленка затем пигментируется, обычно она легко снимается, оставляя ярко-красную (неповрежденную либо эрозированную) поверхность. Бактериоскопически выявляется мицелий фиба. Течение затяжное, возможны рецидивы.

Лечение. Внутрь нистатин, леворин, амфотерицин В, витамин С по 1 г в день, витамины Bv B2, калия йодид. Ирригация полости рта 2% раствором гидрокарбоната натрия. На очаги поражения-10% раствор натрия бората.

ФЛЕГМОНА ОКОЛОЧЕЛЮСТНАЯ - гнойное разлитое воспаление подкожной, подслизистой и межфасциальной клетчатки челюстно-лицевой области.

Этиология: стрептококки, стафилококки, зубная спирохета, анаэробы. Патогенез связан с состоянием лим-фооттока и венозного русла тканей, попаданием в глубокие слои мягких тканей инфекции и состоянием аллергической и неспецифической реактивности организма. Развитию флегмоны часто предшествуют остеомиелит челюсти, острые околоверхушечные заболевания, лимфаденит и т. д.

Симптомы. Резкая болезненность при жевании, нарушение подвижности челюсти (тризм), дыхания, речи, затрудненное.глотание, слюнотечение, асимметрия лица. Разлитая, плотная, болезненная при пальпации припухлость лица на стороне поражения, кожа лоснящаяся, в складку не собирается. Выражены явления интоксикации - слабость, потливость, ознобы, учащение пульса и дыхания. В крови сдвиг влево, нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ резко увеличена. Температура тела 39-40 °С. Течение может осложниться асфиксией, тромбозом вен лица, менингитом, медиастини-том, сепсисом и т. д.

Лечение хирургическое: широкие разрезы и вскрытие глубокого очага тупым путем. Обезболивание общее либо инъекционное, новокаиновое в сочетании с введением 1 мл 1% раствора морфина, омнопона или промедола. Гнойный очаг дренируется резиновыми или марлевыми полосками. Вводят большие дозы антибиотиков широкого спектра действия, суль-фаниламиды, гемодез, раствор глюкозы в/в, антистрептококковую сыворотку, гамма-глобулин, полиглюкин, раствор Рин-гера. При гнилостном процессе - противогангренозная поливалентная сыворотка (вводят по Безредке); при флегмонах шеи, дна полости рта, окологлоточной - иногда трахеотомия. Консервативное лечение (антибиотики, сухое тепло, УВЧ-терапия) назначают в начальных стадиях процесса при относительно удовлетворительном общем состоянии.

Прогноз при радикальном вскрытии гнойника и интенсивной антибиотикотерапии, как правило, благоприятный, при гнилостных флегмонах и запоздалом лечении сомнительный.

Профилактика та же, что и при абсцессе околочелюстном.

ХЕИЛИТ - воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ.

Этиология: стрептококк, стафилококк, дрожжевой грибок, длительное солнечное облучение, зубопротезные материалы, губная помада и т. д. Патогенез связан с дефицитом витамина В2, аллергической чувствительностью к медикаментам. Имеют значение эндокринные расстройства и негигиеничное содержание зубов.

Симптомы. Губа отечна, гиперемирована; на красной кайме шелушение, корки, эрозии, трещины; в углах рта пленки и трещины. Выводные протоки слизистых желез зияют.

Лечение. Витамины В2, В5, А, антигистаминные препараты. Течение нередко затяжное.

Профилактика: опрятное содержание рта, своевременная санация, использование фотозащитных мазей.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>