

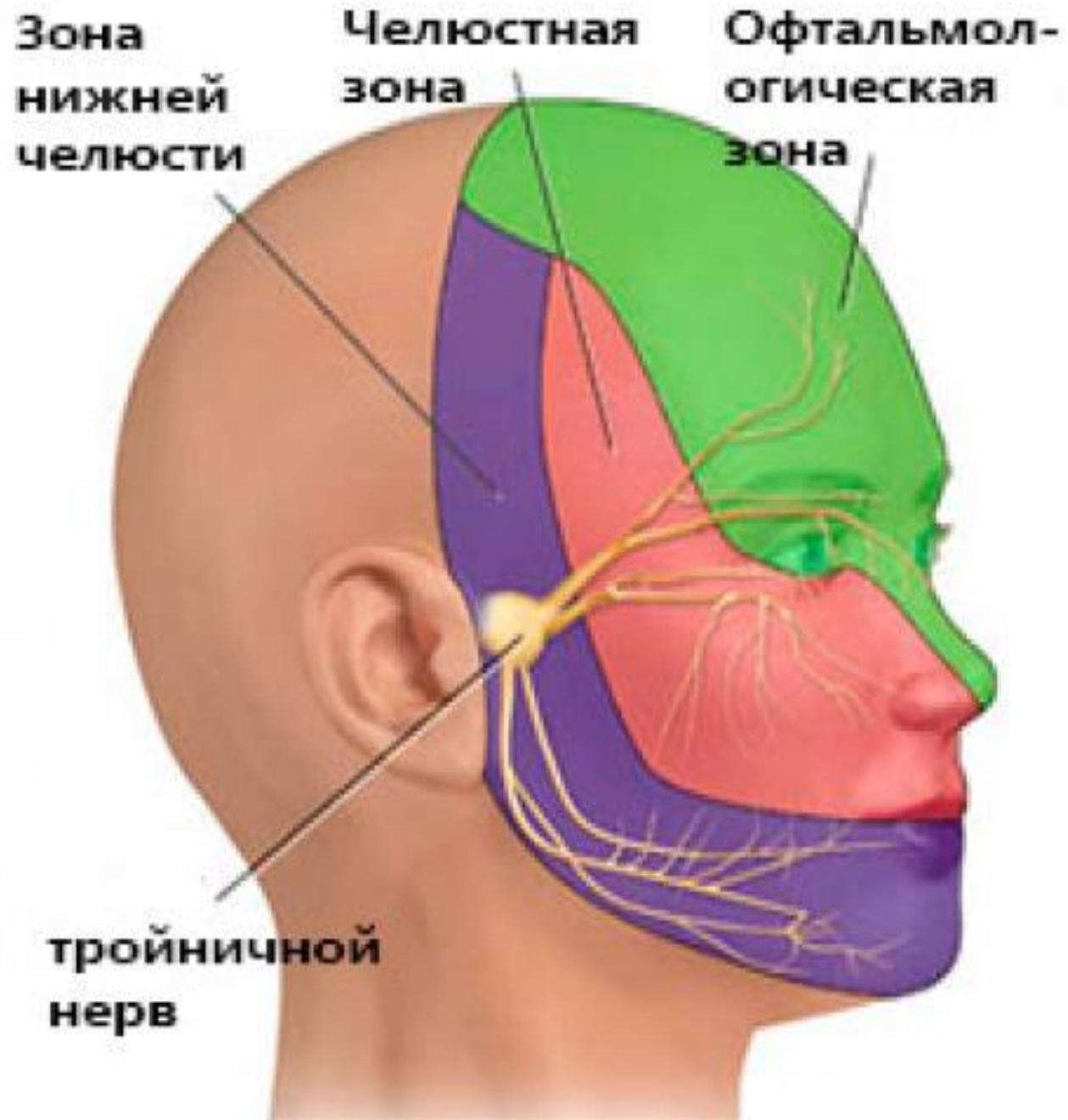
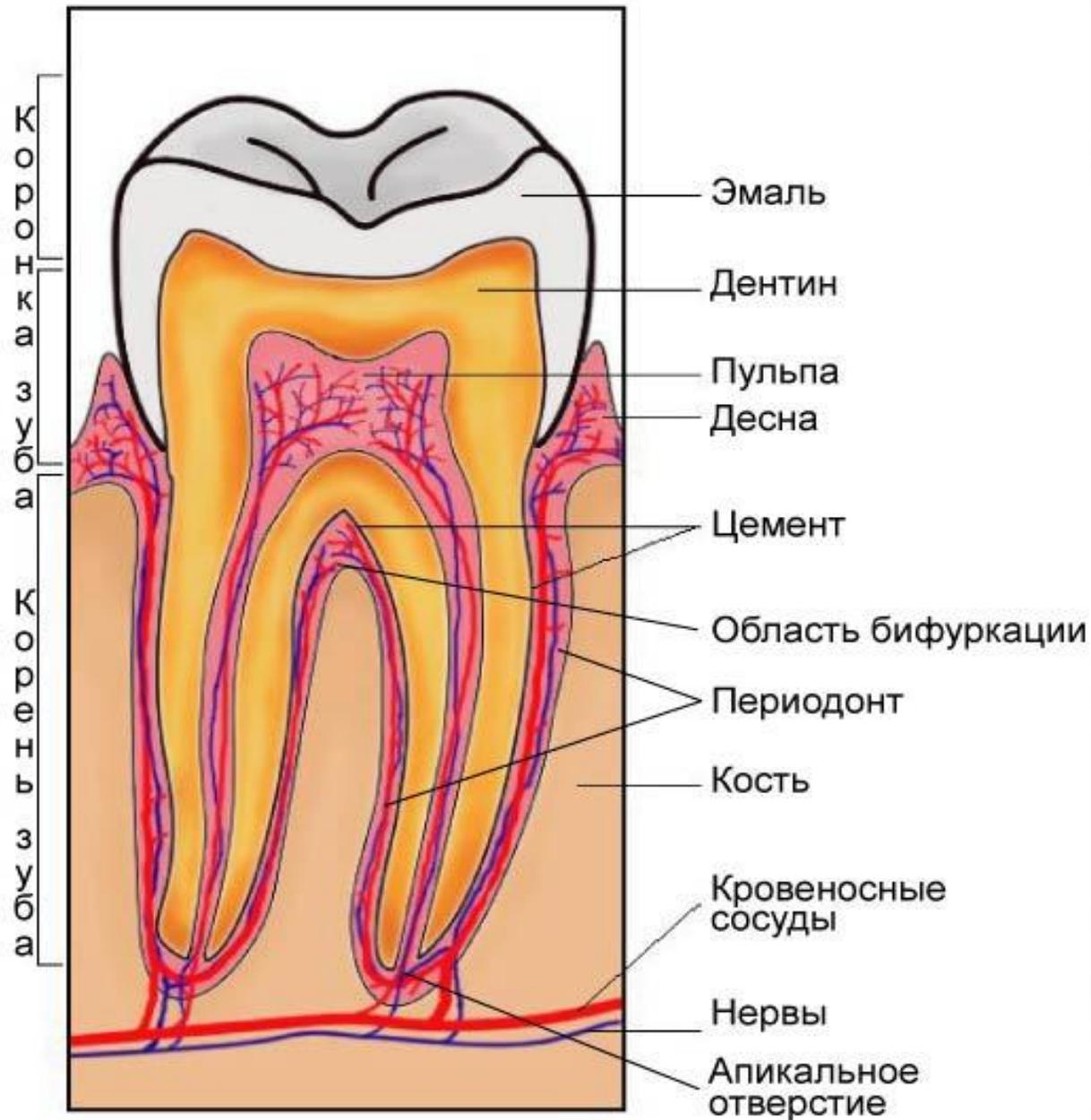
ЛЕКЦИЯ № 3

Лечение пародонта и слизистой оболочки полости рта

ПЛАН ЛЕКЦИИ

- 1) Понятие «пародонт».
- 2) Функции пародонта.
- 3) Классификация болезней пародонта.
- 4) Лечение болезней пародонта.
- 5) Заболевания СОПР и их лечение.

Пародонт — комплекс тканей, окружающих зуб и удерживающих его в альвеоле, имеющих общее происхождение и функции. **Его составляющими являются дёсны, периодонт, цемент и альвеолярные отростки.** Ткани пародонта снабжает артериальной кровью челюстная артерия, ветвь наружной сонной артерии. Пародонт иннервируют средняя и нижняя ветви тройничного нерва, в связи с большим количеством рецепторов он является обширной рефлексогенной зоной.



Функции пародонта

- 1) Трофическая. Определяется хорошо выраженной разветвленной кровеносной и лимфатической сетью и содержанием различных видов нервных рецепторов.

2) Опорно-удерживающая функция.

Осуществляется сложной структурой связочного аппарата периодонта, десны и альвеолярного отростка, благодаря которой зуб фиксирован в альвеоле. Многочисленные коллагеновые волокна, расположенные между стенкой альвеолы и цементом корня, удерживают зуб в подвешенном состоянии.

3) **Амортизирующая.** Обеспечивает равномерным распределением силы жевательного давления по зубному ряду и альвеолярному отростку верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Этому способствует наличие гидравлической подушки из рыхлой соединительной ткани, клубочковой сети кровеносных и лимфатических сосудов, а также тканевой жидкости.

4) **Барьерная.** Определяется морфологической целостностью тканей пародонта, защитными свойствами покровного эпителия десны, его способностью к ороговению, наличием плазматических, лимфоидных и тучных клеток, обеспечивающих постоянный фагоцитоз, содержанием ферментов и их ингибиторов, роданидов и других биологически активных веществ.

Защитная функция десны проявляется и в эмиграции лейкоцитов в ротовую жидкость, которая осуществляется преимущественно десневыми сосочками.

5) **Пластическая.** Обеспечивает высокую регенеративную способность тканей пародонта за счет содержания фибробластов, тучных клеток, цемнто- и остеобластов, адвентициальных клеток, высокого уровня энергетических процессов и интенсивного транскапиллярного обмена.

6) **Рефлекторная регуляция.**

Осуществляется обширным нервно-рецепторным аппаратом пародонта и слизистой оболочки полости рта, регулирующим силу жевательного давления в зависимости от характера пищи, полноценности зубного ряда, пародонта и слизистой оболочки.

Классификация болезней пародонта

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

- Формы: катаральный, язвенный, гипертрофический.
- Тяжесть: легкий, средний, тяжелый.
- Течение: острый, хронический, обострившийся.
- Распространенность: локализованный, генерализованный.

2. Пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией пародонта и кости альвеолярного отростка челюстей.

□ Тяжесть: легкий, средний, тяжелый.

□ Течение: острый, хронический, обострение, абсцесс, ремиссия.

□ Распространенность: локализованный, генерализованный.

3. Пародонтоз — дистрофическое поражение пародонта.

□ Тяжесть: легкий, средний, тяжелый.

□ Течение: хронический, ремиссия.

□ Распространенность: генерализованный.

ГИНГИВИТ

Это воспаление десен без нарушения целостности зубодесневого соединения. При отсутствии лечения гингивит может прогрессировать в деструктивную форму заболеваний пародонта — пародонтит.

ЭТИОЛОГИЯ

Гингивит, как правило, возникает из-за скопления микробного налёта на зубах, в результате несоблюдения гигиены полости рта. Гингивит также может обусловить неправильное ортодонтическое лечение, которое в комплексе с плохим уходом за зубами и полостью рта провоцирует интенсивное развитие патогенных микроорганизмов.

Факторы риска гингивита

- 1) табакокурение;
- 2) нарушение гигиены полости рта;
- 3) иммунодепрессивные состояния;
- 4) отсутствие доступа к адекватной стоматологической помощи;
- 5) недоедание, зубной камень;
- 6) сахарный диабет;

- 7) беременность;
- 8) дефицит витамина С;
- 9) депрессии;
- 10) ОРЗ, грипп, ангина, СПИД, туберкулёз
и другие заболевания;

- 11) отравление организма тяжёлыми металлами (ртуть, висмут, свинец);
- 12) проблемные пломбы;
- 13) нарушение носового дыхания.

Диагностика гингивитов

Воспалительные явления в десне оцениваются по следующим признакам: **гиперемия, отечность, кровоточивость, десквамация, изъязвление.** Кроме этого отмечают атрофические и гиперпластические процессы. В истории болезни фиксируется наличие мягких и твердых зубных отложений.

Из специальных методов исследования применяются гигиенические и пародонтальные индексы, проба Шиллера-Писарева (метод прижизненной окраски гликогена десны, содержание которого увеличивается при хроническом воспалении). Бактериоцитологический метод исследования (изучение микрофлоры полости рта и определение миграции лейкоцитов).

Клиника катарального гингивита

жалобы на боль и кровоточивость десен при чистке зубов и еде. Поверхность десны гладкая, блестящая, отмечается отечность, яркая гиперемия и легкая кровоточивость при прикосновении.

В случае хронического катарального гингивита болевых ощущений, как правило, нет. Периодически могут появляться кровотечения при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Десна цианотична, иногда валикообразно утолщена. Слизистая прикрепленной десны без изменений

Дифференциальная диагностика
хронического катарального гингивита
проводится с ранними симптомами
хронического гипертрофического гингивита и
генерализованного пародонтита.

Для подтверждения выявленных изменений в десне используют дополнительные лабораторные методы. Положительная проба Шиллера-Писарева свидетельствует о накоплении гликогена в эпителии, то есть о степени воспаления.

Тяжесть клинического течения хронического катарального гингивита оценивается с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (ПМА). Воспаление с интенсивностью индекса до 30% оценивается как легкий гингивит, 30-60% — среднетяжелый и свыше 60% — тяжелый.

Лечение гингивитов

Лечение катарального гингивита предусматривает применение средств противоотечного действия (полиминерол, мараславин, 3% раствор сульфата меди, кристаллический йодид калия с последующей обработкой десны 3% раствором перекиси водорода и назначение кератопластических препаратов (масло облепихи и шиповника, каратолин, фитодент, мазь каланхоэ), которые применяют в виде аппликаций или в составе десневых повязок.



ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ

воспалительный процесс десны,
сопровождающийся пролиферативными
изменениями.

Гипертрофический гингивит проявляется уплотнением десны, её разрастанием и частичным перекрытием зубов. Часто при гипертрофическом гингивите образуется зубной камень под десной, заметно неправильное положение зубов.

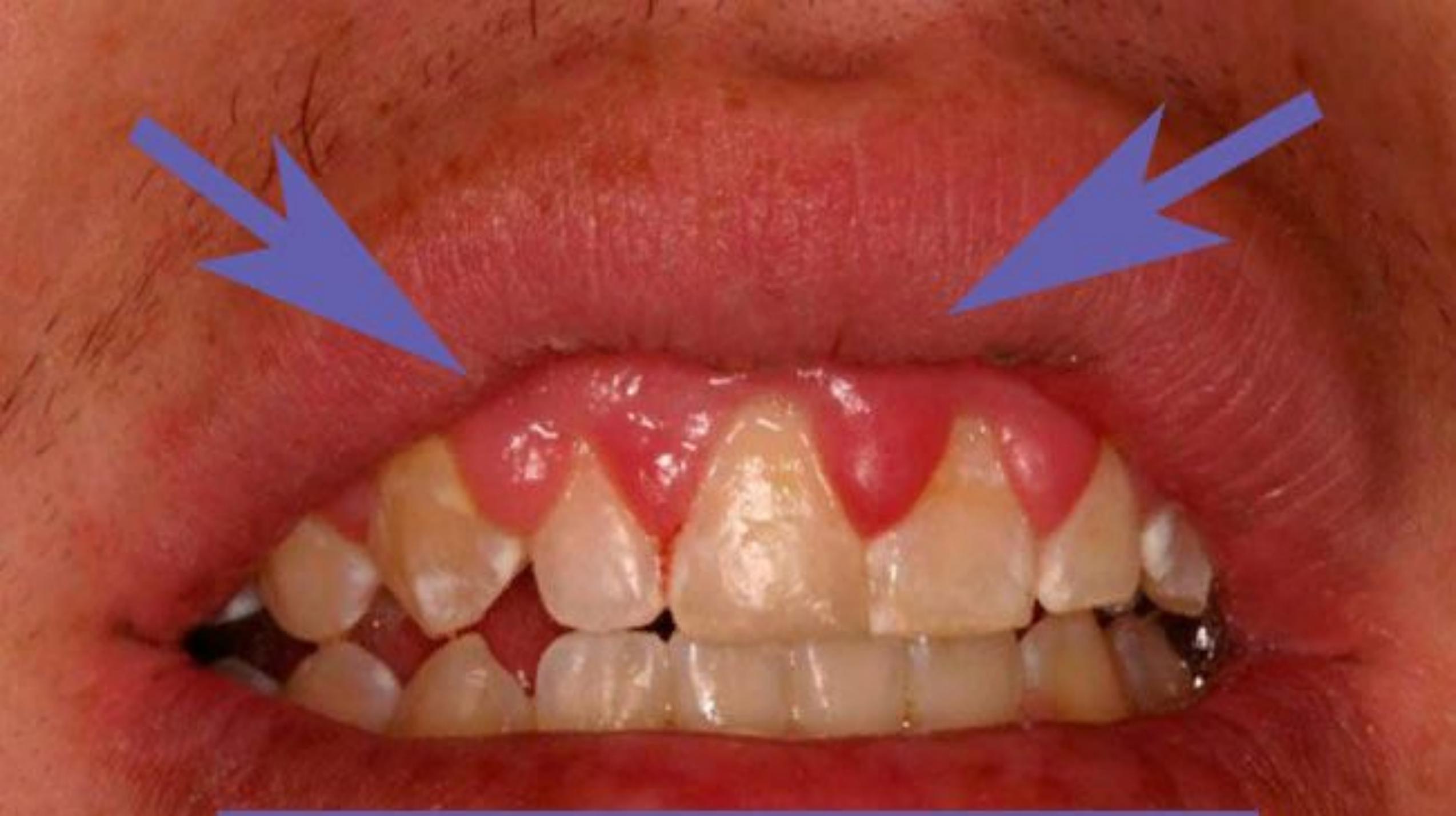


Выделяют две клинические формы
гипертрофического гингивита:

- а) отечную;
- б) фиброзную.

Отечная форма

1. Кровоточивость десен во время еды и чистки зубов.
2. Десна увеличивается в размерах, тем самым приносит эстетический дискомфорт.
3. Коронковая часть зуба покрыта воспалительной десной на $1/3$ своей высоты.



При фиброзной форме гипертрофического гингивита межзубные сосочки также увеличены, но цвет их не изменен и десна остается бледно-розовой. Жалобы больных обычно сводятся к изменению внешнего вида десны. Кровоточивость, боли чаще отсутствуют. При гипертрофическом гингивите имеется ложный десневой карман, образующийся за счет разрастания десны при сохранении дна десневой бороздки.

1. На ранней стадии заболевания существенных признаков нет.
2. При средней и тяжелой стадии болезни беспокоит косметический дефект десен.
3. Коронка зуба покрыта десной на $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$.



Дифференциальную диагностику отечной и фиброзной форм гингивита проводят с хроническим катаральным гингивитом и фиброматозом десен.

Лечение хронического гипертрофического гингивита

Отечная форма:

1. Профессиональная гигиена полости рта.
2. Местное противовоспалительное лечение.
3. Физиолечение (с противоотечным действием).
4. Хирургическое иссечение гипертрофированной десны — гингивэктомия.
5. Диатермокоагуляция.
6. Криодеструкция.
7. Склерозирующая терапия.

Фиброзная форма:

1. Хирургическое иссечение гипертрофированной десны – ГИНГИВЭКТОМИЯ.
2. Диатермокоагуляция.
3. Криодеструкция.
4. Склерозирующая терапия.

ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВИТ

Причина возникновения — суперинфекция
фузиформных бактерий и спирохет,
простейших наряду со стрептококками и
стафилококками.

При осмотре отмечают локализованное или генерализованное изъязвление десневого края на фоне выраженной отечности и гиперемии слизистой. Участки некротизированной десны имеют вид серой, легко отторгаемой массы. Язвенная поверхность покрыта фибринозным налетом, насильственное удаление которого сопровождается болезненностью и кровотечением.

Характерный симптом — изъязвление вершечек межзубных сосочков, вследствие чего они приобретают усеченную форму. На зубах обильные мягкие зубные отложения. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации





Лечение язвенного гингивита

1-я фаза язвенного гингивита – местное лечение:

- обезболивание пораженных участков;
- протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, лизоамидаза);
- удаление на зубных отложений;
- курс противовоспалительного и антибактериального лечения;
- физиолечение (лазер, УФО).

1-я фаза язвенного гингивита — общее лечение (назначают при значительной интоксикации больного):

- антигистаминные препараты;
- антибиотики;
- сульфаниламиды.

2-я фаза язвенного гингивита — местное лечение (направлено на стимулирование репаративных процессов):

- кератопластики.

ПАРОДОНТИТ



II. Пародонтит — воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией пародонта и кости альвеолярного отростка челюстей.

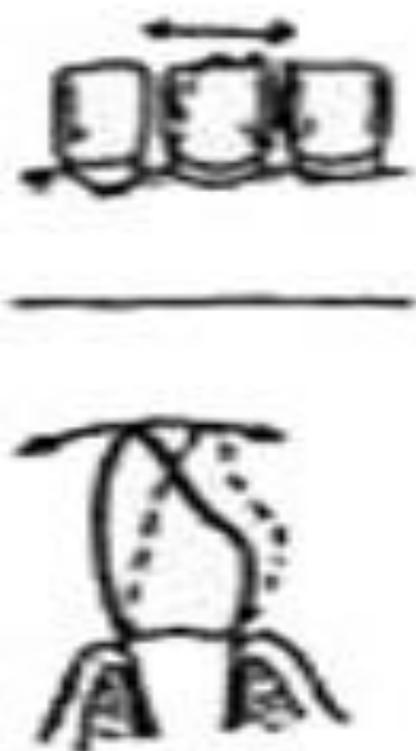
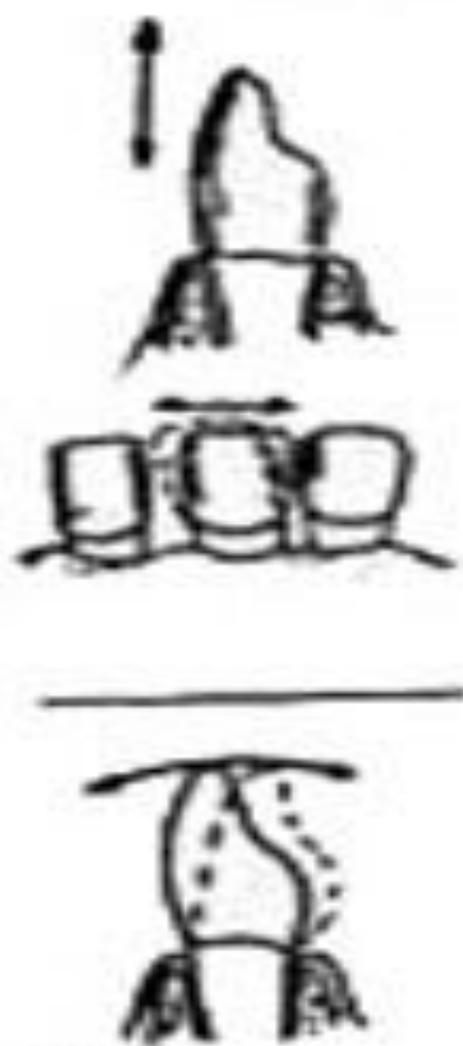
1. Тяжесть:

□ Легкая — пародонтальные карманы не более 4 мм, деструкция костной ткани межкорневой перегородки до 1/3 длины корней, патологической подвижности нет;

- Средняя — карманы от 4 до 6 мм, деструкция костной ткани перегородок на $1/3$ - $1/2$ длины корней, патологическая подвижность I-II ст.
- Тяжелая — глубина карманов более 6 мм, деструкция костной ткани перегородок более $1/2$ длины корней, патологическая подвижность II-III ст.

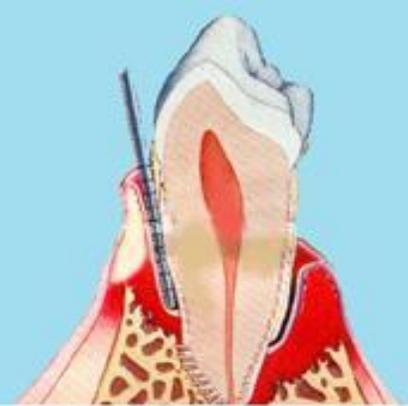
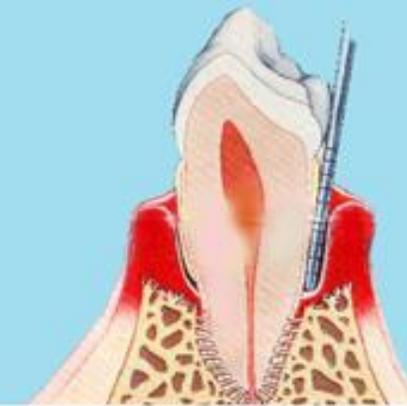
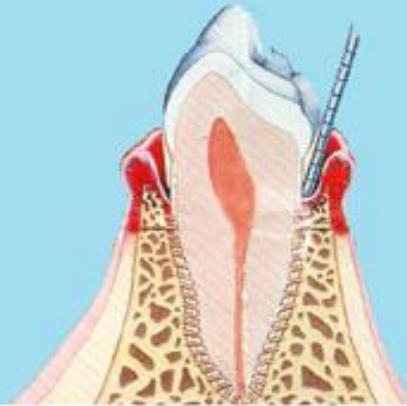
Степени патологической подвижности зубов

- I. Подвижность зуба в щечно-язычном направлении;
- II. Подвижность зуба в щечно-язычном и передне-заднем направлении;
- III. Подвижность зуба во всех направлениях.

I*II**III*

Степени подвижности зубов

- 2) Течение: острый, хронический, обострение, абсцесс, ремиссия.
- 3) Распространенность: локализованный, генерализованный.

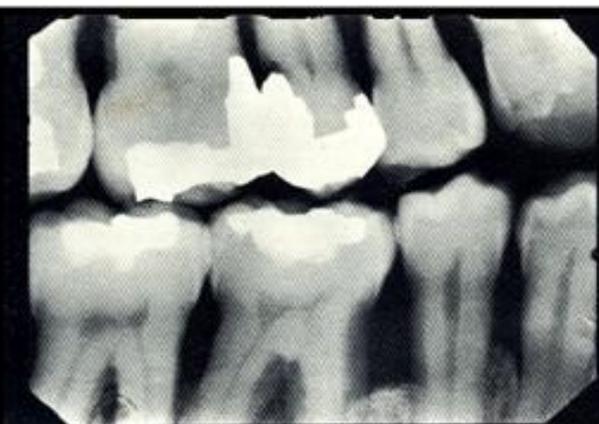
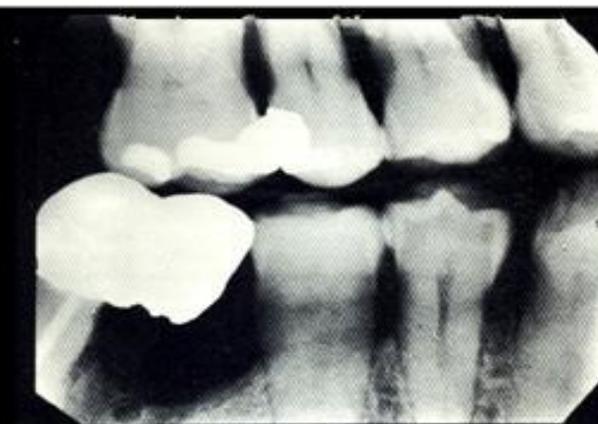
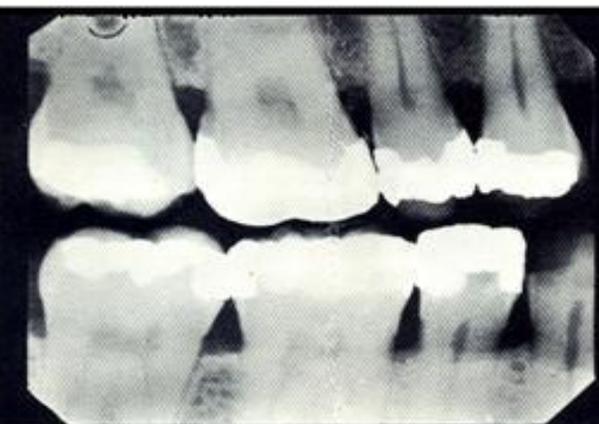


Здоровые зубы

Легкий пародонтит

Средний пародонтит

Тяжелый пародонтит





Этиология и патогенез пародонтита

Среди причин развития пародонтита выделяют общие (системные) и местные.

Местные причины:

- микроорганизмы;
- травматическая.

Общие причины:

- соматическая патология (сахарный диабет, иммунодефициты, заболевания кровеносной системы и пр.), сопровождающаяся так называемым «пародонтальным синдромом»

Патогенез: заболевание проявляется прогрессирующей деструкцией альвеолярных отростков (а именно, зубных ячеек этих отростков). На течение пародонтита неблагоприятно влияет отложения зубного камня, неопрятное содержание полости рта.

Симптоматика начальных стадий скудна — кровоточивость дёсен, слабость зубной связки, иногда — вязкая слюна, налёт на зубах. При активном течении вследствие быстрой деструкции альвеолярных отростков выпадают зубы.

Более разнообразны клинические проявления при обострении пародонтита: воспаление десны, гнойные выделения из зубо-десневых карманов, неприятный запах изо рта, патологическая подвижность зубов, их смещения. Нередки абсцессы и свищи на десне, увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов. Хроническое течение с частыми обострениями пародонтита могут сопровождаться микробной аллергией.

ДИАГНОСТИКА ПАРОДОНТИТА

Для проведения исследования используется пародонтальная проба, которую помещают между зубом и десной и тем самым измеряют глубину промежутка. Результаты обследования каждого зуба записывают и получают пародонтограмму.

Если глубина зазора **не более 3 мм**, то признаков гингивита и пародонтита нет и десна здорова, тогда как глубина зазора **более 5 мм** свидетельствует о наличии пародонтита. Скопления зубного налета и наличие зубного камня так же учитываются при диагностике пародонтита. Для комплексной оценки состояния костной ткани челюсти показано выполнить **ортопантограмму**.

Лечение пародонтита состоит из ряда обязательных процедур:

- 1) Удаление налета и минеральных отложений с зубов.
- 2) Чистка призубного (пародонтального) кармана.
- 3) Обработка ротовой полости антисептическими и другими видами медикаментов.
- 4) Устранение воспалительного процесса.

- 5) Хирургическое восстановление нормального состояния пародонта: восстановление расстояния между десной и зубом, восстановление костных тканей.
- 6) Устранение причин возникновения заболевания: исправление некорректно установленного протеза, корректировка прикуса.
- 7) Закрытый кюретаж, то есть удаление болезнетворных бактерий, скопившихся в десневом кармане.

Обычно на ранних стадиях пародонтита, если состояние зубов и пародонта еще не усугубилось, хирургические методы лечения не требуются. В случае потери зубов необходимым лечением может стать протезирование зубов. После основного лечения, проводимого врачом, важно соблюдать все его рекомендации по уходу за ротовой полостью.

Ортопедические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта задачами являются:

- 1) Восстановление утраченного единства зубочелюстной системы и превращение зубов из отдельно действующих элементов в единое целое.
- 2) Перераспределение функциональной нагрузки на весь зубной ряд с разгрузкой зубов с наиболее ослабленным пародонтом.

3) Предохранение зубов от действия наиболее опасной для пародонта горизонтальной нагрузки.

4) При дефектах зубных рядов – их замещение соответствующим протезом.

1) Избирательное
зубов

пришлифовывание

2) Шинирование

- Временное
- Постоянное

Лечение обязательно подбирается в индивидуальном порядке для каждого случая. Один из компонентов лечения – проведение шинирования. Это способ связывания зубов друг с другом. Такой метод бывает съёмного и несъёмного типа.

В случае использования съемного шинирования на зубы устанавливается специальная конструкция, которую при необходимости можно будет снимать для чистки и обратно надевать. Несъемный тип шинирования подразумевает установку на челюсть специального материала, снять который самостоятельно не получится.

Типы шин для лечения пародонтита

1. Шины кольцевого типа — кольца из металла, соединенные между собой. Способны обеспечить надежную фиксацию зубов путем связывания их друг с другом;
2. Полукольцевые шины — отличаются от предыдущего типа тем, что установка их осуществляется только на внутреннюю сторону зуба, в результате чего снаружи они не заметны. Благодаря этому обеспечивается эстетичная улыбка;

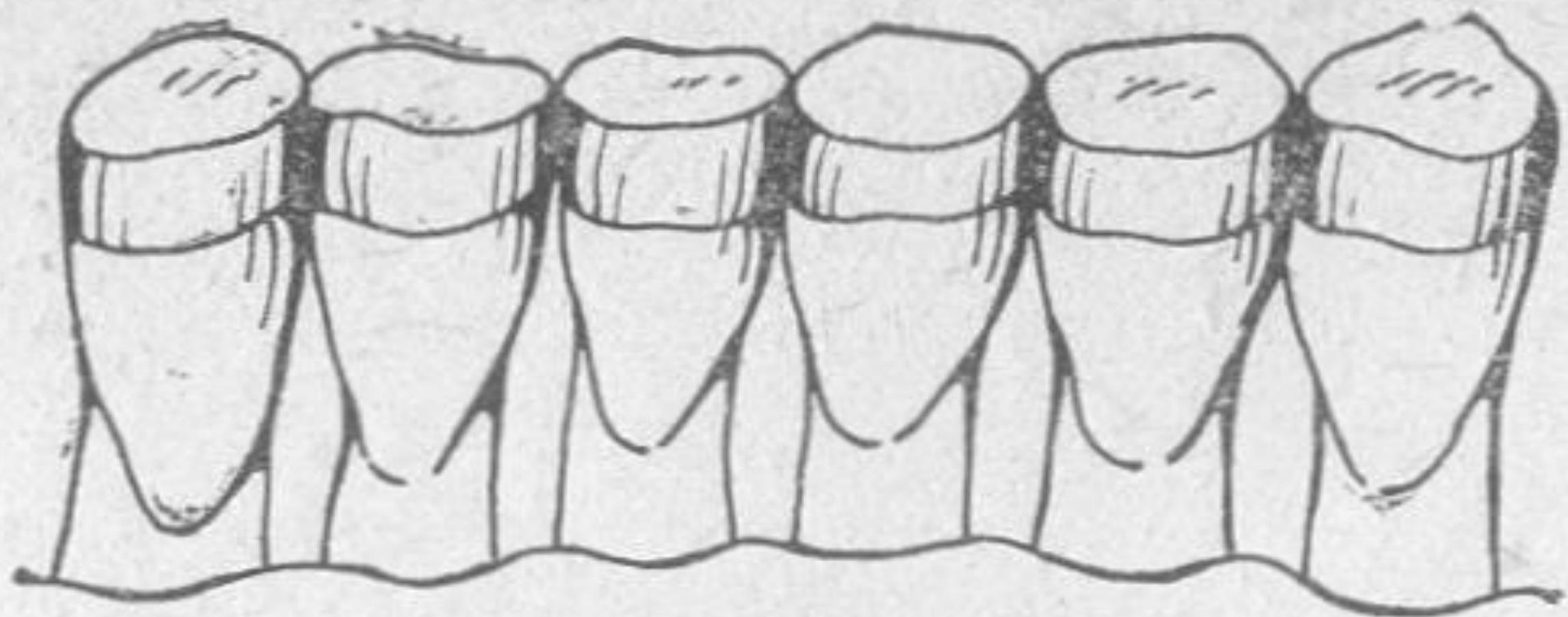


Рис. 63. Кольцевая шина.

3. Шины колпачкового типа — несколько спаянных между собой колпачков. Надеваются они на режущую внутреннюю поверхность и внутреннюю сторону зубов;



Рис. 173. Колпачковая
шина.

4. Вкладочные шины — от предыдущего типа их отличает наличие специальных выступов для углублений зубов. Благодаря этому фиксация шины является более надежной;
5. Шины коронкованной разновидности — устанавливаются только в случае нормального состояния десен. Такой тип шин обеспечивает самый эстетичный вид зубов в сравнении с остальными типами;

6. Интрадентальные шины – современный вид шин, обеспечивающий соединение зубов между собой при помощи специального типа ВЖИВЛЯЕМЫХ ВСТАВОК.



ROOTT

МОСКОВСКИЙ ЦЕНТР
ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Съемное протезирование

ПАРОДОНТОЗ



III. Пародонтоз — атрофические процессы в пародонте, приводящие к нарушению единства связочного аппарата зуба с костной тканью (альвеолярными отростками челюсти).

- 1) Тяжесть: легкий, средний, тяжелый (до 4 мм, 4-6 мм, более 6 мм).
- 2) Течение: хронический, ремиссия.
- 3) Распространенность: генерализованный.

Причины пародонтоза

- 1) Снижение иммунитета на длительный период;
- 2) Эндокринные нарушения (сбой процесса выработки гормонов);
- 3) Патологии прикуса;
- 4) Острая или хроническая травма тканей пародонта (ушибы, переломы, неправильные ортопедические и ортодонтические конструкции);
- 5) Нарушения трофики (обменных процессов в слизистой оболочке полости рта);

- 6) Вредные привычки (алкоголизм, курение);
- 7) Заболевания ЖКТ (желудочно-кишечного тракта);
- 8) Неврологические заболевания;
- 9) Недостаток витаминов и минеральных веществ.

Для пародонтоза характерны хорошая фиксация зубов (кроме тяжелой формы), незначительное количество зубных отложений, обнажение шеек зубов без десневых карманов и признаков воспаления, наличие клиновидных дефектов. Кроме повышенной чувствительности шеек к различным раздражителям, больные жалуются на зуд в деснах. Подвижность зубов нарушается только при тяжелой степени пародонтоза, когда отмечается обнажение корня на $1/2$ и больше.



ДИАГНОСТИКА ПАРОДОНТОЗА

1. Полярография. Она определяет насыщенность кислородом пародонтальных тканей;
2. Рентгенография для определения степени поражения альвеолярных отростков;
3. Реопародонтография для раннего диагностирования болезни;
4. Анализы на СОЭ. В процессе течения заболевания меняется лейкоцитарная формула крови.

ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТОЗА

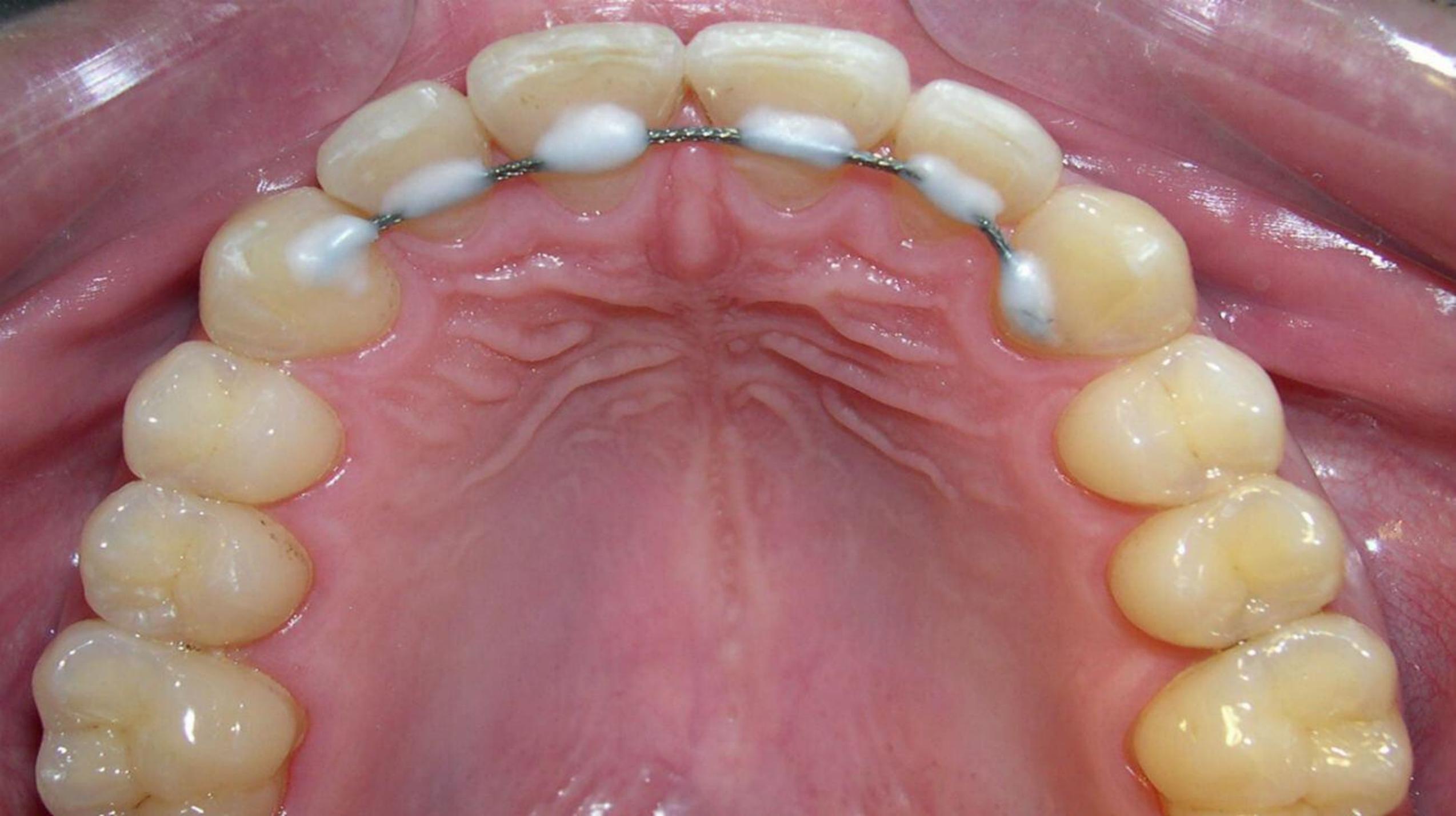
1. Составление плана лечения
2. Удаление над- и поддесневых зубных отложений —
основной причиной воспаления десен при пародонтозе являются:
 - мягкий микробный зубной налет,
 - твердые над- и поддесневые зубные отложения.

3. Противовоспалительная терапия (курс 10 дней).
Такой курс обычно включает комбинацию антисептического полоскания полости рта с аппликациями на десну противовоспалительного геля, например:

- Полоскания Хлоргексидином 0,05%
- Аппликации «Холисал-гелем»

4. Санация полости рта;
5. Обучение гигиене полости рта;
6. Шинирование при пародонтозе;
7. Хирургическое лечение пародонтоза (открытый и закрытый кюретаж, лоскутная операция);
8. Протезирование при пародонтозе







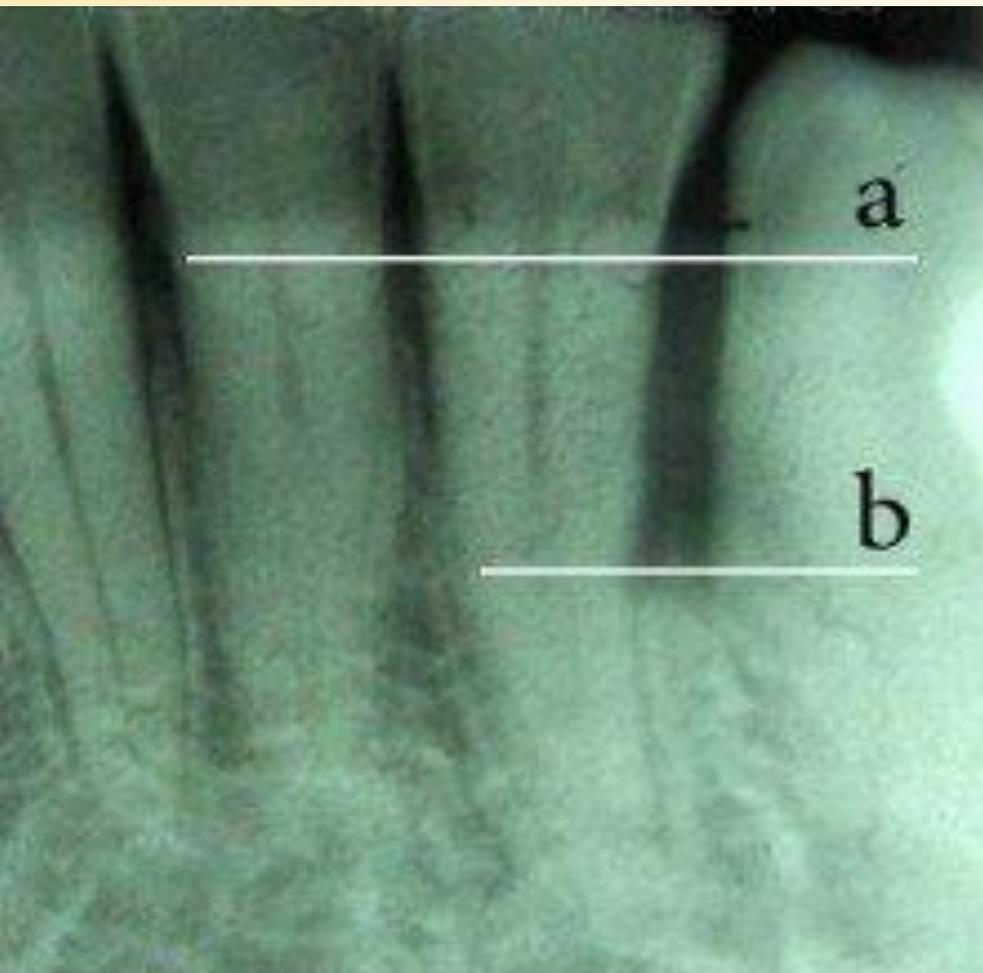
ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКИЙ ШИНИРУЮЩИЙ МОСТОВИДНЫЙ ПРОТЕЗ



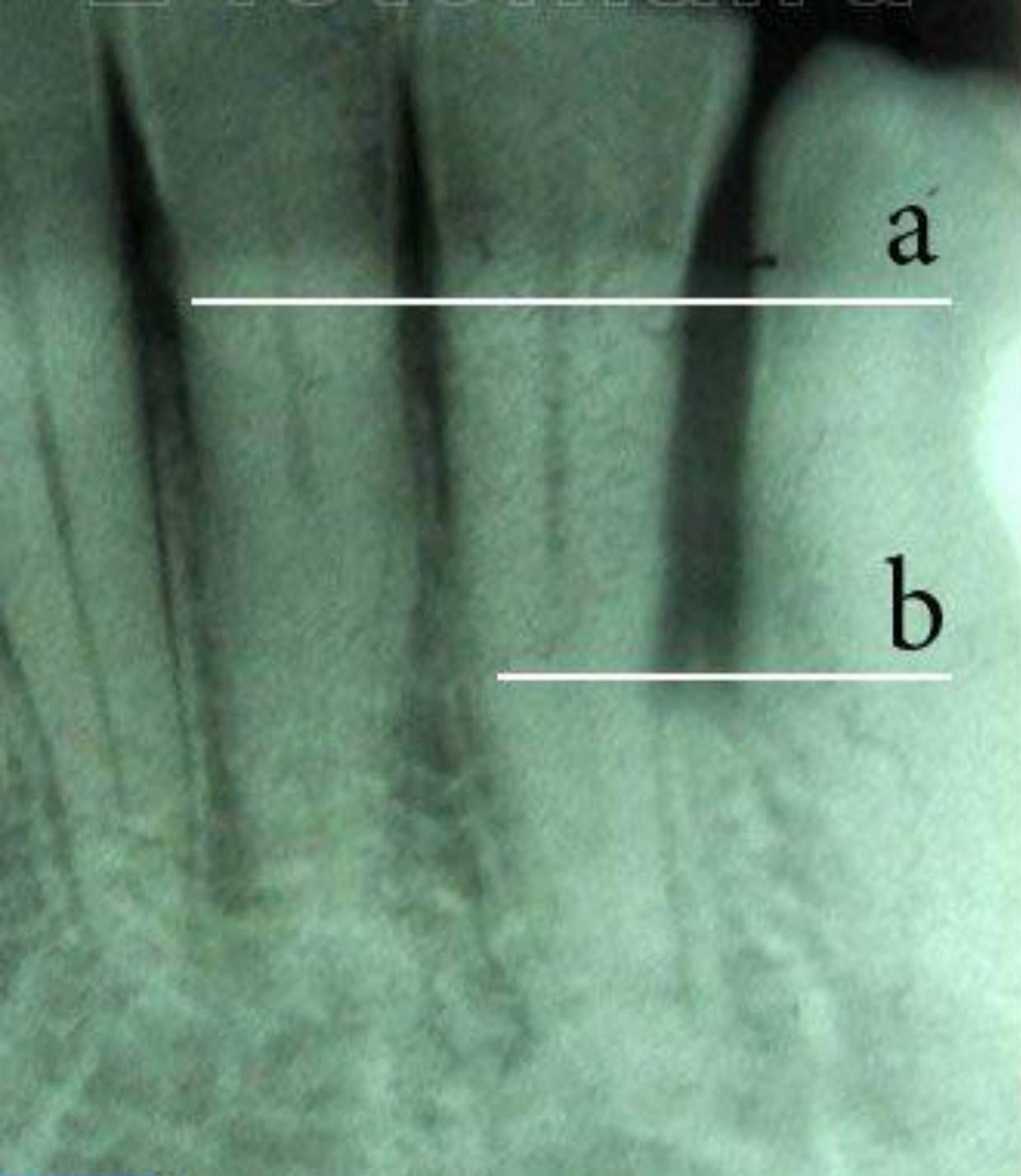
**ШИНИРУЮЩИЙ ПРОТЕЗ ИЗ
МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ СПАЯННЫХ ДРУГ
С ДРУГОМ КОРОНОК НА 6 ПЕРЕДНИХ
ВЕРХНИХ ЗУБАХ**



ОТКРЫТЫЙ КЮРЕТАЖ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ









Зубной камень

Это отвердевший зубной налёт, образующийся на поверхности зубов. Зубной камень достаточно тёмный, что объясняется тем, что в его состав входят остатки пищи, отмершие клетки, бактерии, соли фосфора, железа и кальция.

Причины возникновения зубного камня:

- 1) Человек нерегулярно чистит зубы или чистит их неправильно.
- 2) В рационе человека преобладает мягкая пища.
- 3) Жевание производится только одной стороной челюсти (левой или правой).
- 4) Использование некачественных зубных щёток и паст.
- 5) У человека нарушен обмен веществ, в первую очередь — солевой.

Первыми симптомами зубного камня являются зуд и кровоточивость дёсен, неприятный запах изо рта. Зубной камень, прорастая в десневой карман, постепенно отслаивает десну и способствует углублению десневого кармана и пародонтита. При отсутствии лечения зубы начинают шататься. Визуально обнаруживается как тёмные пятна с внешней и внутренней стороны зуба около десны.

- Наддесневой зубной камень виден невооружённым глазом. Он имеет белый или желтоватый цвет, глинообразную или твёрдую консистенцию. При воздействии специальным инструментом легко отделяется от поверхности зуба.
- Поддесневой зубной камень обычно твёрдый и плотный, он обнаруживается только стоматологом при помощи специальных инструментов (зонда). Имеет зеленовато-чёрный или тёмно-коричневый цвет, плотно прилегает к поверхности корня зуба.



пигментированные наддесневые зубные отложения

поддесневые зубные отложения

отек и гиперемия десны (гингивит) - реакция на поддесневые отложения

Первый симптом зубного камня, который легко заметить визуально, это темный ободок вокруг зуба. Обычно он появляется на внутренней стороне зуба и только потом переходит на всю его поверхность. Это приводит к появлению неприятного запаха изо рта, а также к кровоточивости десен. Со временем возникает повреждение десневых сосочков, что приводит не только к эстетическим проблемам, но и повреждению десны.

По своим характеристикам и расположению зубной камень можно разделить на поддесневой и наддесневой. Наддесневой камень может быть обнаружен даже не специалистом, например, при самостоятельном осмотре ротовой полости. Но окончательный диагноз может ставить только стоматолог, поэтому профессиональная диагностика в данной ситуации обязательна. Такой камень обычно бывает коричневого или желтого цвета, достаточно твердый.

Поддесневой камень может существенно отличаться. Он намного плотнее и тверже, а цвет имеет гораздо темнее, в самых темных оттенках коричневого, или даже черно-зеленоватый. Он очень плотно прилегает к корням зубов и только профессиональная и очень тщательная диагностика при помощи специальных инструментов позволяет определить, есть ли такой камень на зубах. Такой камень может стать причиной гингивита. Кроме того, в данной ситуации патогенная микрофлора размножается в ротовой полости гораздо быстрее, что может стать причиной развития кариеса и пародонтоза.

В лечении зубного камня нет ничего необычного или сложного, наиболее распространенный способ его лечения – простое удаление. Если вы следите за здоровьем своих зубов и посещаете стоматолога не реже раза или двух в год, то очищения зубов в эти посещения будет вполне достаточно. Врач всего за несколько минут очистит поверхность зуба и отполирует ее, устранив все симптомы и признаки камня.

Сегодня чаще используется чистка зубов при помощи ультразвука. Такой способ позволяет очистить зуб без какого-либо травмирования. Современные насадки для ультразвукового очищения зуба даже не прикасаются к поверхности самого зуба, а действуют по принципу кавитации, при помощи завихрения воды. Такая процедура является максимально эффективной и щадящей. Такой метод очищения зубов полезен еще и тем, что он не только устраняет камень, но и дезинфицирует поверхность ротовой полости.



EMS

AIR-FLOW[®] S2

Water

Power

Water

Air flow

AIR-FLOW[®]
CLASSIC

EMS

Ультразвуковая чистка зубов может справиться с камнем любой твердости без возникновения болезненных ощущений и без малейших повреждений эмали зуба или десен. Шлифовка и полировка зуба после его очищения проводится при помощи специальных средств в виде пасты. Несмотря на то, что сама процедура безболезненна, некоторые пациенты жалуются на дискомфорт во время ее проведения. Таким пациентам рекомендуют использовать местную анестезию во время очищения и полировки зуба.



До чистки



После чистки



Заболевания слизистой оболочки полости рта

СТОМАТИТ

Стоматит — воспалительный процесс слизистой оболочки полости рта различной этиологии. Характеризуется покраснением, отеком слизистой (катаральный стоматит), образованием пузырьков и эрозий (афтозный стоматит), изъязвлений (язвенный стоматит) в полости рта, болезненностью и жжением, особенно при приеме пищи.

Катаральный процесс характеризуется жалобами пациентов на зуд и жжение слизистой оболочки в местах, где впоследствии развивается поражение. Также больного беспокоит дискомфорт во время приема кислой, соленой пищи. Поверхность пораженной слизистой отечная, ярко-красного цвета, без элементов сыпи. При поражении языка отмечается атрофия его сосочков, языковая поверхность красного цвета.

Для **афтозной (эрозивной формы)** характерными жалобами являются болезненные ощущения во время приема разговора и во время еды. Из элементов поражения наиболее частыми являются пузырьки и пузыри, которые, вскрываясь, образуют эрозивную поверхность. Также при данной форме ухудшается самочувствие — слабость, слабость, увеличенная до 38С температура тела.

Язвенно-некротический процесс характеризуется местными и общими проявлениями. В полости рта обнаруживаются эрозии, язвы, участки некроза, расположенные на воспаленной слизистой оболочке. Отмечается увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов. Также страдает общее состояние, для заболевания характерно: потеря аппетита, слабость, повышение температуры.

ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТИТА

Катаральная форма требует отмены лекарственного средства, явившегося причиной развития патологии. В таком случае необходимо его заменить на другой. Общее лечение заключается в приеме антигистаминных средств (тавегил или супрастин), витаминотерапии. Если поражение вызывает боль, их можно местно обрабатывать анестезирующими мазями.

Если развивается афтозная (эрозивная) форма заболевания, необходимо устранить действие аллергена. После этого назначают антигистаминные препараты. В рамках местного лечения используются глюкокортикостероидные и анестезирующие мази. В период заживления эффективны средства, ускоряющие заживление.

При язвенно-некротическом аллергическом стоматите внутрь назначаются антигистаминные средства и кортикостероиды. Местным лечением является применение обезболивающих мазей, протеолитических ферментов (для удаления некротическим масс) и заживляющих препаратов.

**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ**