

Най-горната - твърда, прозрачна и лъскава обвивка на зъба се нарича емайл. Под емайла се намира зъбно вещество наречено дентин - подобно на костната тъкан. В дентитовите каналчета проникват нервни влакна, които стигат до границата с емайла и на тях се дължи голямата болкова сетивност на тази част на зъба. Зъбните корени са изградени от сходно вещество наречено цимент. Кухината на зъба е изпълнена с мекото вещество - пулпа. Тя е богато инервирана и при нейното възпаление се получават силни болки.

Зъбен кариес

Зъбният кариес е едно от най-често срещаните заболявания у човека и засяга над 95 % от хората. Кариесът се развива в минерализираните зъбни структури, като започва с деструкция на зъбната повърхност. Той постепенно разрушава зъбите, затруднява дъвченето и нарушава естетичния вид на лицето. Неговите усложнения са причина за редица общи заболявания. Зъбният кариес се развива под плътна бактериална маса, наречена зъбна плака. Многофакторната характеристика на болестния процес създава затруднения в изясняването на неговия произход. Предполага се наличие на два патогенетични фактора:

- Киселинно-деминерализационен /киселинно разтваряне на зъбната емайлна повърхност/.
- Разлагане на белтъчния състав на подлежащата зъбна структура.

При повърхностен кариес в началото няма болка. По-късно се появява болка от химични и физични дразнения /сладко, кисело, студено/.

При средния кариес деструкцията преминава емайл-дентиновата граница. Оформя се кариесна кухина и некротична покрита с хранителни остатъци. Болката се усилва.

При дълбокия кариес пулпата е отделена с тънък слой дентин. Локалното лечение на зъбния кариес се основава на следните три принципа:

- Отстраняване на кариесната маса и подготвяне на подходящ кавитет.
- Медикаментозно локално повлияване.
- Възстановяване на анатомичната форма на зъба посредством различни материали с биологична поносимост.

Пулпит

Зъбната пулпа променя своята структура и функция под влияние на вътрешни и външни вредни въздействия. По-чести увреждания на пулпата са атрифия, дегенерация, некробиоза и некроза. Причините са бактериално-токсични, химично-токсични, термични и травматични. Некрозата на пулпата представлява необратимо състояние. При допълнителна инфекция умъртвената пулпа преминава в гангрена. По своето възникване и протичане се различават няколко форми на пулпата: остър серозен частичен пулпит, остър серозен цялостен пулпит, остър гноен частичен пулпит, Периодонтитът обикновено протича като ограничено локално заболяване с деструкция на околозъбната обвивка, понякога и на съседната алвеоларна кост, което нарушава функцията на зъба. Острият апикален (върхов) периодонтит представлява усложнение на заболявания на твърдите тъкани и пулпата на зъба (кариес, пулпит, гангрена). Микроорганизмите и техните биопродукти попадат в околозъбната тъкан през кореновите канали. Характерът на възпалителния процес зависи от активност та на микроорганизмите и защитните сили на организма. Остър периодонтит се развива при масивна инфекция и намалени защитни сили на организма. Честотата на усложнения след лечение с методи за умъртвяване на пулпата е все още твърде висока - 30-40 %. Независимо от това средствата, които се използват при тези методи (апаратура, инструменти, медикаменти и други) се усъвършенстват непрекъснато. Целта е да не се достига до кариес и пулпит. Във всеки конкретен случай се прилага подходящ начин на лечение: отстраняване на зъбна пулпа, корено пълнежни пасти и уплътняването им в кореновия канал, подложки и пломбиране. Лечението на пулпита се преценява като успешно когато се постигне възстановяване на структурата, функцията и естетиката на зъба.

Периодонтит

Възпалителните заболявания на периодонциума (околозъбната обвивка) се причиняват

от микроорганизми и техните токсини, от травми, химиотоксични и други фактори. Те протичат остро и хронично. Острият периодонтит се характеризира с отделяне на възпалителна течност (ексудат), а хроничният периодонтит - с пролиферация (разрастване) на тъкан като защитна реакция срещу причинителите на болестта. Възпалителният процес по-често се локализира около върха на зъбния корен. Периодонтитът обикновено протича като ограничено локално заболяване с деструкция на околозъбната обвивка, понякога и на съседната алвеоларна кост, което нарушава функцията на зъба. Острият апикален (върхов) периодонтит представлява усложнение на заболявания на твърдите тъкани и пулпата на зъба (кариес, пулпит, гангрена). Микроорганизмите и техните биопродукти попадат в околозъбната тъкан през кореновите канали. Характерът на възпалителния процес зависи активността на микроорганизмите и защитните сили на организма. Остър периодонтит се развива при масивна инфекция и намалени защитни сили на организма. В практиката често се срещат пациенти с гангренозни зъби (пулпата на зъба е некротична) без оплаквания. При остър периодонтит болният се оплаква от постоянна, спонтанна, локализирана болка, която се усилва нощем. Болката се усилва и при дъвчене на твърда храна. Острият гноен периодонтит се изяснява със силна болезненост при докосване на зъба и пулсираща болка, която изчезва едва след изход на гнойната екскреция по естествен път или след лечение. Телесната температура понякога се повишава до 38 градуса С, а подчелюстните лимфни възли са увеличени и болезнени при опипване. Хроничният периодонтит се развива като последица на остър периодонтит, след отдрениране на възпалителния екскрет, на намаляване на активността на инфекцията, хронична травма и добра устойчивост на организма. В резултат настъпва фиброза с грануломатозно разрастване, локализиран гранулом, коренова киста и хронифициране на периодонтита.

Гингивит

Възпалението на венците (Гингивит) протича с поява на тъканна течност /ексудат/, увреждане на тъканите /алтерация/ и разрастване /пролиферация/. Гингивитът бива първичен, когато възниква под въздействието на локални фактори /инфекциозни, термични, химични и др./ и вторичен, когато представлява признак за общо заболяване.

Катаралният гингивит се появява под въздействието на зъбни плаки, зъбен камък, остри краища на счупени коронки, корени, неправилно изработени пломби и протези. Симптоматичен катарален гингивит възниква при редица кръвни, инфекциозни, алергични и други общи заболявания. Възпалението на венците протича остро или хронично. Острото възпаление се проявява с лек сърбеж, болка при докосване на венечните папили, кървене с повишено слюноотделяне. Хроничното възпаление протича с по-слаби прояви. По-рядко се среща гноен гингивит, обикновено като бактериално усложнение, с подуване, зачервяване, поява на ранички и абсцеси,

подуване на регионалните лимфни възли. Често се среща язвен гингивит. Той има инфекциозен произход. Острият язвен гингивит започва с нощна болка от невралгично естество и поява на язви. Папилите на венца некротизират и се покриват със сиво-жълти налепи. Телесната температура се повишава, болните са отпаднали. Симптоматичният язвен колит протича хронично, с рецидиви. Най-често той се развива в хода на вирусно заболяване. Хипертрофичният гингивит се среща предимно в млада възраст, у бременни, всред епилептично болни. Той се изявява с подуване на венците. Постепенно се образуват малки възелчета, гладки и меки, които лесно кървят. В по-късния стадий на болестта възелчетата се уплътняват и не кървят. Лечението на гингивита започва с премахване на локалните дразнителни, особено на зъбния камък. При катарално възпаление се прилагат антисептици, витамини, подходящи средства за изплакване, зъбни паста. Гнойният и язвеният гингивит изискват специализирано стоматологично лечение, което включва анестезиране и почистване на зъбния камък, медикаментозно обработване на язвичките, превръзки, прилагане на антибактериални и антигъбич.

Пародонтоза

Пародонтитът(пародонтоза) е често заболяване на опорно-държачия апарат на зъбите. Болестните промени обхващат тъканен комплекс (венечна папила, венечен край - маргинален пародонт, алвеоларна част, цимент на зъба и самия зъб). Най-често причини за пародонтит са продължителни травматични фактори: обилно натрупан зъбен камък, не правилно изработени пломби, коронки, мостове и други протези, нарушения на контакта между зъбите, неправилно положение на зъбите (малпозиция) и други. При такива състояния се създава възможност за травмиране на пародонта от храната, навлязла в междузъбното пространство. Локализираният пародонтит обхваща отделните зъби. Измененията в тъканите на опорно - държачия апарат са едностранни или ограничени на мястото на действащия фактор. Много често действието на локалния фактор се съчетава с травматично действие на зъбния камък. Венецът се отдръпва и оголва корена. Понякога коренът се оголва чак до върха. Възпаленият венец е хлътнал, тъй като е останал без костна основа. Венечният ръб е задебелен. Във венечния джоб има отложен зъбен камък и разраснала се грануляционна тъкан. Рентгеновата снимка показва едностранно или двустранно разглеждане на междузъбните костни преградки с едновременно образуване на костен джоб. При другите зъби липсват изменения. Генерализираният пародонтит представлява сериозен проблем в стоматологичната практика. Той се среща в млада и средна възраст. Появява се зачервяване на венечните папили, които често кървят, оголване на зъбните корени. В по-напреднал стадий венците отделят гноен секрет с неприятна миризма, зъбите стават нестабилни, дъвченето се затруднява. Наблюдава се ветриловидно разреждане на зъбите. Лечението на пародонтита се провежда от стоматолог.

Зъбен камък

Зъбният камък е минерализирана зъбна плака. Зъбната плака е меко аморфно отлагане по зъбните повърхности. Когато плаката е в малко количество в началото на образуването ѝ, тя е безцветна и невидима за окото. Зъбният камък рядко се среща при деца и по-често при възрастни. Сам по себе си той не е патогенен, но неговата грапава повърхност е идеално място за ретенция на патогенни микроорганизми. Поръозната му структура го прави резервоар на токсични бактериални продукти, вредни за съседните венечни структури. Ето защо от дълбока древност са търсени методи за отстраняването му. Според локализацията си се дели на : - надвенечен (супрагингивален) - подвенечен (субгингивален) Надвенечният зъбен камък се наблюдава по клиничната корона на зъбите, около венечния ръб. Цветът му е различен - от светложълт до тъмнокафяв. По-тъмен е при пушачите и когато е налице от по-дълго време. Той е с по-мека консистенция и по-лесно се почиства от подвенечния. Подвенечният зъбен камък се открива трудно дори при клиничен преглед. Той е разположен дълбоко във венечния джоб, има серумен произход и почистването му е доста трудно. Тъмният му цвят може да прозира през тънкия венечен ръб. Редовното почистване на зъбния камък (от стоматолог) и недопускане натрупването на плака (ефективно миене на зъбите) е гаранция за здрави зъби, свеж дъх и чаровна усмивка.

Кисти

Кистите от зъбен произход са около върха на корена - т.н. "radicularni kisti". Произхождат от гангрена на нерва на зъба или неправилно кореново лечение, при което се образува гранулом (гнойна торбичка) и в следствие той, когато нарастне преминава в киста.

Друг вид кисти са "travmatichnite kisti" - при удар в зъба се скъсва нерва, артерията и вената, които влизат в зъбния корен. Нервът умира и загива а получилият се кръвоизлив не може да се резорбира от организма, инфектира се и се получава киста.

Трети вид кисти, т.н. "rezidualni kisti", което значи остатъчни, се образуват когато се вади зъб с гранулом и грануломът остане. От него се развива киста Друг вид кисти са т.н. "folikularni kisti" - развиват се от зародишната торбичка на постоянен зъб при смяната на млечните, когато поникват. Причината е възпрепятстването им да поникнат

И един особен вид кисти са т.н. "kongenitalni kisti" - вродени кисти, които се образуват при неправилно развитие на плода в майчината утроба, при което се заклещват тъкани чужди на дадения участък от организма и те не могат да се придвижат до нормалното си място.

Предпазването може да стане с регулярно посещаване на зъболекаря за профилактични прегледи, дори да нямате никакви оплаквания, когато той ще забележи появилата се аномалия, ще направи Рс-снимка и ще установи кистата.

[Алергологични проблеми в стоматологията;огнищна алергия](#)

Алергичните състояния представляват основен медико-социален проблем, тъй като показват тенденция към зачестяване. Почти 15 % от населението на света страда от определена форма на алергично заболяване.

За да се приспособява към постоянно променящите се условия на околната среда човешкият организъм притежава система от механизми на субклетъчно, клетъчно и органно ниво. Елементи на реактивността на организма, наред с функциите на нервната и ендокринната системи, са имунитетът и алергията.

Като защитна система от реакции, имунитетът е възникнал на основата на т.н. имунокомпетентна система, включваща редица активни клетки от костния мозък, далака, лимфните възли и други органи. Основна функция на имунната система е разпознаването на "чужди" обекти /антигени/ от външната среда и от организма, и неутрализирането им. Такива чужди тела /антигени/ могат да бъдат бактерии, вируси, паразити, чужди белтъци, високомолекулни съединения и други вещества. Разпознати като "чужди", антигените предизвикват реакция на имунокомпетентната система и тя създава специфични белтъци-антитела. Целта на този процес е да бъдат обезвредени различните антигени. Докато имунитетът представлява защитна система от реакции, то алергията е проява на реакции на свръхчувствителност към различни фактори на околната и вътрешната среда на организма, наречени алергени. Алергениът, проникнал в човешкия организъм, предизвиква реакция на свръхчувствителност при повторен контакт с него, т.е. предизвиква алергична реакция. Понастоящем се приема следната класификация на алергизиращи вещества: битови, бактериални, плесенни, хранителни,

лекарствени, индустриални, физикални, автоалергенни и други. Мощен алергизиращ фактор е бактериалната флора на умъртвените зъби, при пародонтопатия. Бактериалните огнища в устната кухина и зъбите обуславят развитието на алергични заболявания с увреждане на ставите, бъбреците, сърцето, съдовете, очите, кожата и други органи и системи.

За лекарствените алергени приетата доза няма съществено значение. Минимално количество от лекарственото вещество може да предизвика тежка алергична реакция /уртикария, дерматит, бронхоспазъм, шок/.

Огнищната /фокална/ алергия е болестно състояние, причинено или поддържано от т.н. огнища.

Под фокус или огнище се разбира всяко локално морфологично изменение, което притежава способност да предизвика болестни процеси в отдалечени органи и системи.

Алергичните стоматологични заболявания според начина на протичане

Те се изясняват с различни по сила и тежест признаци:

- по-слаби /сърбеж, оток в устните, на клепачите, бързопреходен кожен обрив/,
- по-силни /обща възбуда, учестено дишане, сърдечно-съдови нарушения/,
- силни /гиганска уртикария, оток на Квинке, афти, язви по кожата и лигавиците/,
- много силни /сърдечно-съдови, дихателни, храносмилателни, нервно-психични/,
- алергичен шок със смъртен изход.

Огнищната алергия от стоматологичен произход се изяснява с лесна умора, безсъние, главоболие, слабо покачване на телесната температура.

Лечението се състои в отстраняване на активните огнища по терапевтичен или хирургичен начин, ортопедично възстановява не на функционалната годност на

пародонта както и на нормалната реактивност на организма. Необходимо е предвратяване на всички усложнения от алергично естество, за да се избегнат хронични органични и системни поражения.

Пародонтит

Пародонтитът е често заболяване на опорно-държачия апарат на зъбите. Болестните промени обхващат тъканен комплекс /венечна папила, венечен край - маргинален пародонт, алвеоларна част, цимент на зъба и самия зъб/.

Най-често причини за пародонтит са продължителни травматични фактори: обилно натрупан зъбен камък, не правилно изработени пломби, коронки, мостове и други протези, нарушения на контакта между зъбите, неправилно положение на зъбите /малпозиция/ и други. При такива състояния се създава възможност за травмиране на пародонта от храната, навлязла в междузъбното пространство.

Локализираният пародонтит обхваща отделните зъби. Измененията в тъканите на опорно - държачия апарат са едностранни или ограничени на мястото на действащия фактор. Много често действието на локалния фактор се съчетава с травматично действие на зъбния камък. Венецът се отдръпва и оголва корена. Понякога коренът се оголва чак до върха. Възпаленият венец е хлътнал, тъй като е останал без костна основа. Венечният ръб е задебелен. Във венечния джоб има отложен зъбен камък и разрастнала се грануляционна тъкан.

Рентгеновата снимка показва едностранно или двустранно разглеждане на междузъбните костни преградки с едновременно образуване на костен джоб. При другите зъби липсват изменения.

Генерализираният пародонтит представлява сериозен проблем в стоматологичната практика. Той се среща в млада и средна възраст. Появява се зачервяване на венечните папили, които често кървят, оголване на зъбните корени. В по-напреднал стадий венците отделят гноен секрет с неприятна миризма, зъбите стават нестабилни, дъвченето се затруднява. Наблюдава се ветриловидно разреждане на зъбите.

Лечението на пародонтита се провежда от стоматолог.