

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
ПЕРИОДОНТИТ	7
Классификация периодонтита	9
Классификация периодонтитов Всемирной организации здравоохранения	10
Тема 1. Острый периодонтит	12
Этиология, патогенез, патологическая анатомия	12
Клиническая картина	14
Диагностика, дифференциальная диагностика	15
Лечение	21
Контроль усвоения темы	24
Вопросы и задания для повторения и самоконтроля знаний	24
Тестовые задания для контроля усвоения материала	24
Ситуационные задачи	28
Тема 2. Хронический периодонтит	30
Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика различных форм хронического периодонтита	30
Гранулирующий периодонтит	30
Гранулематозный периодонтит (гранулема)	35
Фиброзный периодонтит	37
Контроль усвоения темы	43
Вопросы и задания для повторения и самоконтроля знаний	43
Тестовые задания для контроля усвоения материала	44
Ситуационные задачи	47
Тема 3. Хирургические методы лечения хронического периодонтита	50
Контроль усвоения темы	75
Вопросы и задания для повторения и самоконтроля знаний	75
Тестовые задания для контроля усвоения материала	75
Ситуационные задачи	78

ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ	81
Тема 4. Острый одонтогенный периостит челюстей	83
Клиническая картина	86
Диагностика, дифференциальная диагностика	89
Лечение	98
Контроль усвоения темы	106
Вопросы и задания для повторения и самоконтроля знаний	106
Ситуационные задачи	110
ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ	115
Тема 5. Острая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей	118
Клиническая картина	123
Диагностика	126
Лечение	135
Контроль усвоения темы	144
Вопросы и задания для повторения и самоконтроля знаний	144
Тестовые задания для контроля усвоения материала	145
Ситуационные задачи	148
Тема 6. Хроническая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей	153
Клиническая картина	153
Диагностика	159
Лечение	168
Контроль усвоения темы	179
Вопросы и задания для повторения и самоконтроля знаний	179
Тестовые задания для контроля усвоения материала	179
Ситуационные задачи	182
Ответы на тестовые задания и ситуационные задачи	186
Тема 1. Острый периодонтит	186
Тема 2. Хронический периодонтит	187
Тема 3. Хирургические методы лечения хронического периодонтита	188
Тема 4. Острый одонтогенный периостит челюстей	189
Тема 5. Острая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей	191
Тема 6. Хроническая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей	193
Список литературы	195
Предметный указатель	196

ВВЕДЕНИЕ

Острые и хронические одонтогенные воспалительные заболевания, а также осложнения, возникающие в результате развития таких заболеваний, — одна из центральных проблем стоматологии. Заболевания челюстно-лицевой области, вызванные одонтогенной инфекцией (периодонтит, периостит, остеомиелит и их осложнения — абсцессы, лимфадениты, гаймориты и др.), составляют более 80% всех болезней тканей головы и шеи и служат причиной временной утраты трудоспособности при стоматологических заболеваниях. Одонтогенная инфекция — сложная патология организма человека, способная приводить к таким грозным осложнениям, как флегмоны, распространяющиеся на несколько клетчаточных пространств, медиастинит, тромбоз кавернозного синуса, сепсис. В развитии одонтогенных воспалительных заболеваний значительную роль играет наличие патогенных микроорганизмов в периодонте. При острых воспалительных заболеваниях или при обострении хронического воспалительного процесса в периодонте инфекция, распространяясь различными путями, поражает костные структуры челюсти, околочелюстные мягкие ткани, регионарный лимфатический аппарат, близлежащие анатомические образования и отдаленные органы. Клиническая картина одонтогенных воспалительных заболеваний зависит от глубины и объема поражения тканевых структур. Острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстей имеют свои клинические особенности, не свойственные поражениям других костей скелета, что требует особого подхода к выбору лечебных мероприятий и необходимости оказания неотложной, а подчас и экстренной помощи больному.

Одонтогенные воспалительные заболевания из-за предшествующей нерациональной терапии часто протекают без ярко выраженной клинической картины. Недостаточное использование параклинических методов диагностики приводит к ошибочной оценке тяжести течения патологического процесса, назначению медикаментозного лечения вместо оперативного вмешательства либо к его запоздалому проведению.

Настоящее учебное пособие посвящено вопросам этиологии, патогенеза, патологической анатомии одонтогенных воспалительных заболеваний.

Существенное внимание уделено клиническим проявлениям различных одонтогенных заболеваний челюстно-лицевой области, а также вопросам диагностики, дифференциальной диагностики и методам хирургического лечения данной нозологической группы.

В пособии приведены вопросы, которые должны быть изучены студентами в период обучения их на медико-биологических и клинических кафедрах, а также вопросы, подлежащие усвоению на кафедрах хирургического стоматологического профиля в медицинских образовательных учреждениях высшего образования на всей территории Российской Федерации. Настоящее издание содержит таблицы, помогающие сориентироваться в основных методах дифференциальной диагностики и лечения одонтогенных воспалительных заболеваний. Подробно изложена тема каждого занятия. В конце темы приведены примеры тестовых заданий и ситуационных задач, позволяющих закрепить пройденный материал. Издание включает список обязательной и дополнительной литературы.

При составлении учебного пособия были использованы личный опыт авторов и достижения отечественных и зарубежных ученых.

Тема 1

ОСТРЫЙ ПЕРИОДОНТИТ

Учебные цели

- ▶ Научиться диагностировать острый периодонтит.
- ▶ Научиться оказывать неотложную помощь и проводить лечение при остром периодонтите.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения темы

- ▶ Гистологическое строение периодонта.
- ▶ Функция периодонта.
- ▶ Источники кровоснабжения периодонтита.
- ▶ Методы исследования периодонта.
- ▶ Этиология одонтогенных воспалительных заболеваний.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Острый периодонтит — начальное проявление одонтогенного воспаления, которое носит резорбтивный характер, то есть воздействует в целом на организм за счет инфекции, поступающей через воспаленную костную ткань альвеолы.

Этиология. Острый периодонтит развивается преимущественно под действием смешанной микрофлоры, в которой преобладают стрептококки, стафилококки и пневмококки. Если при апикальном периодонтите обнаруживают гнойную микрофлору пульпы, то при маргинальном достаточно велика частота выявления анаэробной микрофлоры, актиномицетов.

Патогенез. Острый воспалительный процесс в периодонте возникает в результате распространения инфекции из кариозной полости при воспалительных изменениях в пульпе или ее некрозе, когда обильная микрофлора выходит за пределы отверстия корня в периапикальный периодонт.

Маргинальный, или краевой, периодонтит возникает вследствие проникновения инфекции через десневой карман, попадания на десну лекарственных веществ, чаще мышьяковистой пасты, и при травме. Попавшие в периодонтальную щель микроорганизмы размножаются, об-

разуют эндотоксины и вызывают воспаление в околокорневых тканях кости. Для развития первичного острого процесса в периодонте имеют значение некоторые местные причины: отсутствие оттока из пульповой камеры и канала (невскрытая камера пульпы, пломбы, коронки), микро-травма при активной жевательной нагрузке на зуб с пораженной пульпой. Важны также общие причины: переохлаждение, перенесенные инфекции и др. Однако чаще первичное воздействие микроорганизмов и их токсинов компенсируется различными неспецифическими и специфическими реакциями тканей периодонта и организма в целом, и тогда острый инфекционно-воспалительный процесс не возникает. Повторное воздействие микроорганизмов ведет к сенсibilизации тканей периодонта, при которой развивается острый воспалительный процесс, влияющий на весь организм, то есть происходит первичная интоксикация одонтогенной микрофлорой. Это служит первым симптомом воспаления, с которым пациент обращается к врачу.

Компенсаторный характер ответной реакции тканей периодонта при остром процессе и при обострении хронического приводит к развитию гнойника в периодонте. Он может опорожняться через корневой канал, зубодесневой карман, при консервативном лечении (при вскрытии околоверхушечного очага) или при удалении причинного зуба.

Патологическая анатомия. В течения острого периодонтита можно выделить две патолого-анатомические фазы — интоксикации и экссудации.

В фазе интоксикации происходит миграция различных клеток (макрофагов, лейкоцитов, тучных клеток и др.) в зону скопления микроорганизмов. В фазе экссудации нарастают явления воспаления, образуются микроабсцессы, происходит расплавление тканей периодонта, формируется гнойник.

При микроскопическом исследовании в начальной стадии острого периодонтита можно видеть небольшую лейкоцитарную инфильтрацию участка периодонта в окружности верхушки корня. В этот период обнаруживают периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты, содержащие отдельные полинуклеары. С нарастанием воспаления лейкоцитарная инфильтрация усиливается и захватывает более значительные участки тканей периодонта. Ткани периодонта расплавляются, образуются гнойные очажки — микроабсцессы. В дальнейшем они соединяются между собой, образуя гнойник.

В костномозговых пространствах, прилегающих к периодонту, отмечаются отек костного мозга, иногда его диффузная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами.

В проекции кортикальной пластинки альвеолы появляются лакуны, заполненные остеокластами. В стенках лунки и особенно в области

ее дна отмечается перестройка костной ткани. Рассасывание кости ведет к расширению отверстий в стенках лунки и вскрытию костномозговых полостей на стороне периодонта. Гибели костных балок нет. В надкостнице, покрывающей альвеолярный отросток челюсти, в прилегающих мягких околочелюстных тканях (слизистой оболочке и подслизистом слое) можно обнаружить признаки реактивного воспаления в виде гиперемии и отека.

При остром периодонтите фокус воспаления в виде образовавшегося гнояника локализован в периодонтальной щели. Воспалительные изменения в кости альвеолы и других тканях носят реактивный перифокальный характер. Эти воспалительные изменения в прилежащей к пораженному периодонту кости трактовать как истинное ее воспаление нельзя.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При остром периодонтите больной отмечает боль в причинном зубе, усиливающуюся при надавливании на него, жевании, а также при постукивании (перкуссии) по жевательной или режущей его поверхности. Характерно ощущение вырастания, удлинения зуба. При длительном давлении на зуб боли незначительно стихают. В дальнейшем болевые ощущения усиливаются, становятся непрерывными или имеют лишь короткие светлые промежутки, часто принимают пульсирующий характер. Боли иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва. Характерно усиление болей при накусывании, прикосновении к зубу, что заставляет больных держать рот полуоткрытым.

Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре изменения отсутствуют. Увеличиваются и становятся болезненными связанные с пораженным зубом лимфатические узлы. Перкуссия зуба



Рис. 1.3. Клиническая картина острого периодонтита

резко болезненна как в вертикальном, так и в горизонтальном направлении. Слизистая оболочка десны, альвеолярного отростка в проекции корня зуба гиперемирована и отечна. Пальпация альвеолярного отростка по ходу корня болезненна, особенно в месте, соответствующем отверстию верхушки зуба. Иногда при нажатии инструментом на мягкие ткани преддверия полости рта остается вдавление, свидетельствующее об их отеке (рис. 1.3).

ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагноз ставят на основании характерной клинической картины и данных исследования. Результаты электроодонтометрии и отсутствие реакции на температурные раздражители указывают на поражение пульпы, ее некроз. На рентгенограмме при остром процессе патологических изменений в периодонте может не быть либо может быть обнаружено расширение периодонтальной щели (рис. 1.4).

Изменения в анализе крови отсутствуют. В редких случаях у больных выявляют лейкоцитоз, умеренный нейтрофилез за счет увеличения числа палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) чаще в пределах нормы.

Диагностический алгоритм при остром периодонтите представлен в табл. 1.1.

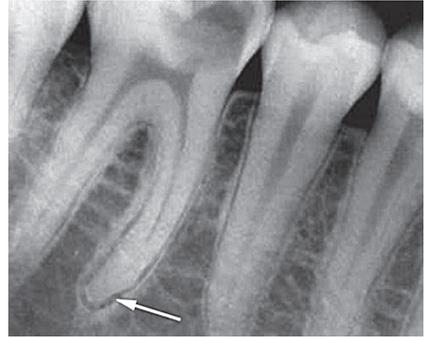


Рис. 1.4. Рентгенологическая картина острого периодонтита. Стрелкой обозначено расширение периодонтальной щели при остром периодонтите

Таблица 1.1. Ориентировочный алгоритм действий врача при диагностике острого периодонтита

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Данные патогенеза
Опрос	Тупая ноющая боль в области одного зуба, которая усиливается при надавливании на него. При сомкнутых зубах боль несколько стихает	Серозная стадия воспаления периодонта в области верхушки корня
Местные жалобы	Постоянная или с короткими светлыми промежутками острая пульсирующая боль в причинном зубе, ощущение выросшего зуба. Боль иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва в височную область, ухо, глаз; усиливается от тепла, в горизонтальном положении, при прикосновении к зубу; невозможность сомкнуть зубы	Гнойная стадия воспаления периодонта. Образование гнойного экссудата. Раздражение и сдавление нервных окончаний периодонта

Продолжение табл. 1.1

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Данные патогенеза
Общие жалобы	Нарушение сна и приема пищи, снижение работоспособности, слабость, разбитость	Следствие боли в связи с воспалением периодонта
Анамнез заболевания	Зуб постепенно разрушался, периодически болел при приеме горячей и холодной пищи. К врачу пациент не обращался. Несколько дней назад стала беспокоить приступообразная, нелокализованная боль, особенно ночью. Потом боль стала постоянной и локализовалась в разрушенном зубе	Распространение острого воспалительного процесса из пульпы зуба на периодонт
	Во время эндодонтического лечения зуба появились постоянная ноющая боль и ощущение выросшего зуба	Проталкивание инфицированного содержимого канала корня зуба в периодонт
	При эндодонтическом лечении и после пломбирования канала корня зуба возникли постоянная ноющая боль и болезненность при прикосновении к зубу	Воспаление периодонта в результате травмы его инструментами, избытком пломбировочного материала
Анамнез жизни (обратите внимание на перенесенные заболевания и аллергический статус)	Условия труда и быта	Влияют на общую реактивность организма
	Сердечно-сосудистые, нервно-психические, инфекционные, аллергические заболевания	Способствуют снижению неспецифической и специфической резистентности организма
Общее состояние больного	Общее состояние удовлетворительное. У некоторых больных возможно повышение температуры тела до 37,2–37,3 °С	Ограниченный воспалительный процесс. Реакция на острый воспалительный процесс
Местное обследование (осмотр и пальпация) внеротовое	Конфигурация лица не изменена	Фокус воспаления локализуется в периодонте, перифокальная реакция — в кости и надкостнице

Продолжение табл. 1.1

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Данные патогенеза
Местное обследование (осмотр и пальпация) внеротовое	Регионарный лимфатический узел увеличен, пальпация его болезненна	Реакция лимфатического узла на воспалительный процесс в периодонте
	Открывание рта свободное	Воспалительный процесс не распространяется на жевательные мышцы
Местное обследование (осмотр и пальпация) внутриротовое	Слизистая оболочка на уровне верхушки корня зуба не изменена, пальпация безболезненна	Серозный периодонтит
	Припухлость и гиперемия десны на уровне верхушки корня зуба или вдоль всего корня (чаще с вестибулярной стороны); пальпация в этом месте болезненна	Гнойный периодонтит. Воспалительный процесс распространился на костную ткань альвеолы с вовлечением надкостницы и слизистой оболочки десны в области верхушки зуба (перифокальная реакция)
	Изменен цвет причинного зуба, коронковая часть его может быть разрушена или запломбирована	Характерно для некроза пульпы (происходит пропитывание дентина продуктами распада пульпы)
	Вертикальная перкуссия зуба болезненна	Серозный периодонтит
	Вертикальная и горизонтальная перкуссия резко болезненна	Гнойный периодонтит
	Зондирование кариозной полости безболезненное	Пульпа зуба некротизирована
	Подвижность причинного зуба I степени	Гнойное расплавление периодонта
	Подвижность причинного зуба II–III степени	Диффузный гнойный процесс в периодонте
Предварительный диагноз	Острый периодонтит: серозный или гнойный	

Окончание табл. 1.1

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Данные патогенеза
Дополнительное исследование	См. табл. 1.2	
Дифференциальная диагностика	См. табл. 1.3, 1.4	
Заключительный диагноз	—	

Таблица 1.2. Дополнительные методы исследования

Метод	Данные исследования	Результат исследования
Электроодонто-диагностика причинного зуба	Сила тока — 80–100 мА	Острый периодонтит. Реагируют нервные окончания периодонта
	Сила тока — 100 мА и выше	Гнойный периодонтит
Рентгенография	Признаков резорбции костной ткани нет. Иногда расширена периодонтальная щель причинного зуба	Серозный периодонтит. Гнойный периодонтит

Дифференциальная диагностика. Острый периодонтит дифференцируют от острого пульпита, периостита, остеомиелита челюсти, нагноения корневой или фолликулярной кисты, острого одонтогенного синусита. В отличие от пульпита, при остром периодонтите боли бывают постоянными (при диффузном воспалении пульпы — приступообразными). При остром периодонтите, в отличие от острого пульпита, наблюдаются воспалительные изменения в прилежащей к зубу десне, болезненность при перкуссии зуба более выраженная. Помогают в диагностике данные электроодонтометрии.

Дифференциальная диагностика острого периодонтита и острого гнойного периостита челюсти основывается на более выраженных жалобах, лихорадочной реакции, наличии коллатерального воспалительного отека околочелюстных мягких тканей и разлитой инфильтрации по переходной складке челюсти с образованием поднадкостничного гнойника. Перкуссия зуба при периостите челюсти, в отличие от острого периодонтита, малобезболезненна или безболезненна.

По общим и местным симптомам проводят дифференциальную диагностику острого периодонтита и острого остеомиелита челюсти. Острый

остеомиелит челюсти характеризуется более выраженными воспалительными изменениями в прилежащих мягких тканях по обе стороны альвеолярного отростка и тела челюсти. При остром периодонтите перкуссия резко болезненна в области одного зуба, при остеомиелите — нескольких зубов. Причем зуб, ставший причиной заболевания, не реагирует на перкуссию, в то время как соседние зубы при перкуссии болезненны, даже если интактны. Лабораторные данные (лейкоцитоз, увеличение СОЭ и др.) также позволяют различить эти заболевания.

Гнойный периодонтит следует дифференцировать от нагноения околоточковой или фолликулярной кисты. Ограниченное выбухание альвеолярного отростка, отсутствие в некоторых случаях на рентгенограмме в центре костной ткани характерны для нагноившейся кисты.

При остром одонтогенном синусите, как и при периодонтите, боль может появляться в одном или нескольких прилежащих к очагу зубах и иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва. Однако заложенность соответствующей половины носа, гнойные выделения из носового хода, головная боль, общее недомогание свидетельствуют об остром воспалении верхнечелюстной пазухи. Уточнить диагноз позволяет изменение прозрачности верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме.

Дифференциально-диагностический ряд при остром периодонтите представлен в табл. 1.3.

Таблица 1.3. Дифференциальная диагностика при остром периодонтите

Дифференцируемые заболевания	Сходные симптомы	Отличительные симптомы
Острый пульпит	Поражение зуба кариесом	Боль приступообразная, нелокализованная
	Острая боль в зубе	Нет воспалительных изменений в прилегающей к зубу десне
	Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва	Перкуссия причинного зуба безболезненная, зуб неподвижен
	Снижение электропроводимости причинного зуба	Электроодонтодиагностика причинного зуба в пределах 30–50 мА
Острый гнойный периостит	Боль при накусывании на причинный зуб	Пульсирующая боль в челюсти
	Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва	Отек околочелюстных мягких тканей

Окончание табл. 1.3

Дифференцируемые заболевания	Сходные симптомы	Отличительные симптомы	
Острый гнойный периостит	Увеличение регионарных лимфатических узлов	Увеличение и болезненность группы регионарных лимфатических узлов	
	Покраснение и припухание десны	Припухлость и покраснение слизистой оболочки десны и свода преддверия полости рта	
	Наличие кариозного или заломбированного зуба	Сглаженность переходной складки за счет образования болезненного инфильтрата	
	Болезненная перкуссия и подвижность причинного зуба	Выбухание в области переходной складки при образовании поднадкостничного абсцесса	
Острая стадия остеомиелита челюсти	Невозможность смыкания зубов и боль при жевании	Боль в челюсти	
	Иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва	Боль в нескольких зубах	
	Нарушение сна	Припухлость окологлазничных тканей за счет отека, инфильтрата, абсцесса, флегмоны	
	Регионарный лимфаденит		
	Отек и гиперемия слизистой оболочки десны	Реакция группы лимфатических узлов	
	Болезненность при пальпации альвеолярной части челюсти		Отек, гиперемия слизистой оболочки и инфильтрация надкостницы альвеолярной части челюсти или альвеолярного отростка с вестибулярной и оральной стороны на значительном протяжении
			Подвижность и болезненность перкуссии причинного и рядом стоящих зубов
			Общее плохое состояние, головная боль
Повышение температуры тела, озноб			

ЛЕЧЕНИЕ

Терапия острого верхушечного периодонтита или обострения хронического периодонтита направлена на прекращение воспалительного процесса в периодонте и предотвращение распространения гнойного экссудата в окружающие ткани — кость, надкостницу и окологрушевые мягкие ткани. Лечение преимущественно консервативное и проводится по протоколу, принятому в терапевтической стоматологии.

Показано проведение блокады прокаинам (Новокаином^{★1}), тримекаином или лидокаином (не более 5 мл 0,25–0,50% раствора) по типу инфильтрационной анестезии по переходной складке. Вазоконстриктор в раствор не добавляют.

Необходимо помнить, что без обеспечения оттока экссудата из периодонта (через канал зуба) проведение блокады безрезультативно.

Положительный эффект дает выполнение послабляющего разреза по переходной складке в проекции верхушки причинного зуба. Разрез проводят под инфильтрационным или проводниковым обезболиванием до кости с последующим дренированием раны. Нужно помнить, что при выполнении разреза не будет получено никакого экссудата. Выполнение разреза показано также при безуспешности консервативной терапии и нарастании воспалительных явлений, когда в силу каких-либо причин удалить зуб невозможно.

Консервативная терапия эффективна не во всех случаях острого периодонтита и обострения хронического периодонтита. При неэффективности лечебных мероприятий и нарастании воспалительных явлений зуб следует удалить.

Удаление зуба показано при значительном его разрушении, непроходимости канала или наличии инородных тел в канале. В большинстве случаев удаление зуба приводит к быстрому стиханию воспалительных явлений.

Для профилактики осложнений после удаления зуба зубную альвеолу можно промыть раствором антисептика, после чего ввести препарат Alvogyl (рис. 1.5) или прикрыть лунку йодоформным бинтом (рис. 1.6).

Общее лечение острого или обострения хронического периодонтита включает назначение внутрь пиразолоновых препаратов [метамизола натрия (Анальгина[★]), амидопирин^{Ⓜ2} по 0,25–0,50 г], нестероидных противовоспалительных средств, таких как диклофенак (Ортофен[★]), кеторолак (Кетанов[★], Кеторол[★]) по 0,025 г 3–4 раза в сутки, ацетилсалициловой кислоты (по 0,25–0,50 г). Эти препараты обладают обезболивающим, противовоспалительным и десенсибилизирующим действием.

¹ Здесь и далее знаком [★] отмечены торговые названия лекарственных средств.

² Здесь и далее знаком [Ⓜ] отмечено лекарственное средство, не зарегистрированное в Российской Федерации.

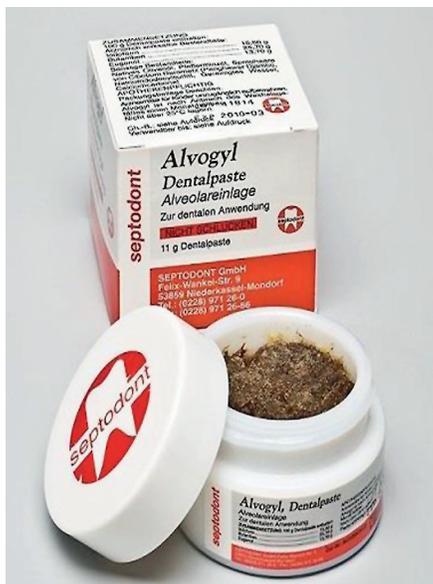


Рис. 1.5. Препарат Alvogyl



Рис. 1.6. Бинт йодоформный

Ослабленным пациентам, отягощенным другими заболеваниями, назначают антибиотики — амоксициллин (Флемоксин солютаб[®] в дозе 1000 мг) или амоксициллин + клавулановая кислота (Амоксиклав[®] в дозе 1000 мг). После удаления зуба при остром периодонтите, чтобы приостановить развитие воспалительных явлений, целесообразно применять холод (пузырь со льдом на область мягких тканей в проекции зуба на 20 мин с перерывом 1 ч 3–4 раза в сутки). Далее можно использовать физиотерапевтические методы лечения.

Исход. При своевременном и правильном консервативном лечении в большинстве случаев острого и обострения хронического периодонтита наступает выздоровление. Однако возможно распространение процесса из периодонта на надкостницу, костную ткань, околочелюстные мягкие ткани с развитием острого периостита, абсцесса, флегмоны, лимфаденита, воспаления верхнечелюстной пазухи.

Профилактика основана на санации полости рта, проведении гигиенических и оздоровительных мероприятий, своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, функциональной разгрузке зубов с помощью ортопедических методов лечения.

Алгоритм действий при лечении острого периодонтита представлен в табл. 1.4.

Таблица 1.4. Ориентировочный алгоритм действий врача при лечении больного острым периодонтитом

Последовательность действий	Методы лечения и методики их выполнения	Обоснование лечения. Патогенез осложнений
Окажите неотложную помощь больному	Пройдите канал корня, вскройте верхушечное отверстие	Обеспечение оттока экссудата из воспаленного периодонта через канал корня и полость зуба
	При невозможности вскрыть верхушечное отверстие или нецелесообразности консервативного лечения удалите зуб	Обеспечение оттока экссудата через альвеолу
	Проведите блокаду прокаинам, тримекаином или лидокаином по переходной складке в области причинного зуба и рядом стоящих зубов	Улучшение трофических процессов в воспаленных тканях
	Выполните разрез слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке в области причинного зуба	Создание оттока серозного экссудата из надкостницы и слизистой оболочки, снятие напряжения тканей
	Госпитализируйте больного при наличии неотложных показаний	Госпитализация показана при нарастании воспалительных явлений в результате осложнений, когда необходимо вскрыть абсцесс или флегмону
Определите место лечения больного	Поликлиника: при удовлетворительном состоянии больного, отсутствии осложнений и сопутствующих заболеваний	Больной может посещать врача в поликлинике
	Стационар: при осложнениях с образованием абсцесса, флегмоны в околочелюстных тканях; острой стадии остеомиелита челюсти, верхнечелюстного синусита, гнойного лимфаденита	Требуется хирургическое лечение и постоянное наблюдение за больным

Окончание табл. 1.4

Последовательность действий	Методы лечения и методики их выполнения	Обоснование лечения. Патогенез осложнений
Определите место лечения больного	Стационар: при заболеваниях крови, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, аллергических проявлениях, беременности с угрозой выкидыша	Требуется специализированная помощь и интенсивная терапия
Составьте план и проведите лечение в поликлинике после оказания неотложной помощи	Общая антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия	В соответствии с общими установками при лечении больных воспалительными заболеваниями в остром периоде
	Новокаиновые, тримекаиновые или лидокаиновые блокады (5–10 мл 0,5% раствора вводят в области свода преддверия рта)	Блокады улучшают микроциркуляцию, ускоряют обратное развитие воспалительного процесса

КОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Вопросы и задания для повторения и самоконтроля знаний

1. Дайте определение острому периодонтиту.
2. Приведите классификацию острого периодонтита по И.Г. Лукомскому.
3. Какие существуют причины возникновения острого верхушечного периодонтита?
4. Назовите патоморфологические изменения, которые можно обнаружить в периодонте и прилегающей к нему костной ткани при остром периодонтите.
5. Опишите анамнез заболевания при остром верхушечном периодонтите.
6. Опишите клинические проявления острого верхушечного периодонтита.
7. Назовите дополнительные методы исследования, используемые при диагностике острого периодонтита.
8. Какие мероприятия неотложной помощи при остром верхушечном периодонтите необходимы?
9. Назовите возможные осложнения острого периодонтита.

Тестовые задания для контроля усвоения материала

Укажите один правильный ответ.

1. Периодонтит — это:

- | | |
|---|---|
| а) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта; | г) дистрофическое заболевание с убылью костной ткани; |
| б) воспаление надкостницы; | д) гнойно-некротический процесс в костной ткани. |
| в) воспаление пульпы зуба; | |

2. Наличие эпителиальных клеток в тканях периодонта обусловлено:
 - а) миграцией клеток из костной ткани;
 - б) остатками эпителия зубного органа;
 - в) миграцией клеток из эпителия десны;
 - г) выходом клеток из кровеносных сосудов;
 - д) миграцией клеток со стороны пульпы зуба.
3. Участки периодонта, погибшие в результате острого воспаления, замещаются:
 - а) хрящевой тканью;
 - б) цементом;
 - в) фиброзной тканью;
 - г) эпителиальной тканью.
4. Для удаления зуба 1.7 с сохраненной коронковой частью применяют щипцы:
 - а) байонетные;
 - б) S-образные с шипом слева;
 - в) S-образные для премоляров;
 - г) S-образные с шипом справа;
 - д) специальные.
5. Для удаления зуба 1.7 применяют щипцы:
 - а) байонетные;
 - б) прямые;
 - в) клювовидные сходящиеся;
 - г) S-образные с шипом слева;
 - д) S-образные несходящиеся без шипов.
6. Для удаления зуба 1.3 применяют щипцы:
 - а) S-образные несходящиеся без шипов;
 - б) специальные;
 - в) прямые;
 - г) клювовидные сходящиеся;
 - д) клювовидные несходящиеся.
7. Для удаления зуба 2.6 применяют щипцы:
 - а) специальные;
 - б) универсальные;
 - в) S-образные с шипом слева;
 - г) S-образные сходящиеся;
 - д) S-образные с шипом справа.
8. Для острого периодонтита характерны следующие результаты электроодонтометрии, мА:
 - а) 5–10;
 - б) 20–30;
 - в) 30–80;
 - г) 90–120;
 - д) выше 200.

Укажите несколько правильных ответов.

9. Факторы, влияющие на изменение ширины периодонтальной щели:
 - а) отсутствие зубов-антагонистов;
 - б) патологический процесс в периодонте;
 - в) функциональная перегрузка;
 - г) гиперцементоз;
 - д) множественный кариес.
10. Функции периодонта:
 - а) транспортная;
 - б) защитная;
 - в) пластическая;
 - г) рефлексогенная;
 - д) амортизирующая.
11. Причины острого воспаления в периодонте:
 - а) острый или обострившийся хронический пульпит;
 - б) глубокий кариес;
 - в) обострение хронического локального пародонтита;
 - г) ретенция и дистопия зуба;
 - д) одонтома.

12. В зависимости от этиологии выделяют следующие варианты острого периодонтита:
- а) инфекционный;
 - б) травматический;
 - в) аллергический;
 - г) медикаментозный;
 - д) ревматический.
13. Боль при остром гнойном периодонтите может носить следующий характер:
- а) периодическая, усиливающаяся от термических раздражителей;
 - б) постоянная пульсирующая;
 - в) приступообразная, усиливающаяся от горячего и в ночное время;
 - г) усиливающаяся при накусывании и прикосновении к зубу;
 - д) с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва.
14. Различают острый периодонтит:
- а) фиброзный;
 - б) серозный;
 - в) гнойный;
 - г) апикальный;
 - д) маргинальный.
15. Основные неспецифические возбудители периодонтита:
- а) пневмококки;
 - б) клебсиеллы;
 - в) стафилококки;
 - г) микроаэрофильные стрептококки (*S. mutans*, *S. sanguis*, *S. milleri*, *S. mitis*);
 - д) пептострептококки.
16. Для острого серозного периодонтита характерны следующие жалобы:
- а) периодическая боль в причинном зубе, усиливающаяся при надавливании на него;
 - б) ощущение вырастания, удлинения зуба;
 - в) онемение кожи подбородка и нижней губы;
 - г) изменение конфигурации лица;
 - д) ограничение открывания рта.
17. При микроскопическом исследовании при остром верхушечном периодонтите можно обнаружить:
- а) некроз костных балок лунки;
 - б) отек костного мозга, иногда лейкоцитарную инфильтрацию;
 - в) отек и лейкоцитарную инфильтрацию участка периодонта;
 - г) микроабсцессы, расплавление значительных участков периодонта;
 - д) отек и гиперемия надкостницы, покрывающей альвеолярный отросток.
18. Внешний осмотр при остром гнойном периодонтите позволяет выявить:
- а) отсутствие изменений конфигурации лица;
 - б) выраженный отек мягких тканей;
 - в) плотный болезненный инфильтрат с гиперемией кожи над ним;
 - г) увеличение и болезненность связанного с причинным зубом лимфатического узла;
 - д) цианоз красной каймы губ.

19. Внутриворотовой осмотр при остром гнойном периодонтите позволяет обнаружить:
- а) болезненность перкуссии причинного зуба в вертикальном и горизонтальном направлении;
 - б) гиперемии и отечность слизистой оболочки альвеолярного отростка в проекции корня зуба;
 - в) точечный свищевой ход с гнойным отделяемым.
 - г) воспалительный инфильтрат по переходной складке в области причинного и двух соседних зубов;
 - д) болезненность при пальпации альвеолярного отростка в проекции верхушки зуба.
20. При остром гнойном периодонтите:
- а) на рентгенограмме обнаруживают очаг разрежения костной ткани в области верхушки корня;
 - б) изменения на рентгенограмме отсутствуют;
 - в) у некоторых больных выявляют лейкоцитоз, умеренный нейтрофилез; СОЭ в пределах нормы;
 - г) изменения в анализе крови отсутствуют;
 - д) температура тела повышена до 38–39 °С.
21. При остром периодонтите подвижность зуба — это следствие:
- а) некроза костных балок лунки;
 - б) отека и лейкоцитарной инфильтрации периодонта;
 - в) гибели пульпы;
 - г) гнойного расплавления периодонта;
 - д) отека и гиперемии прилежащей к периодонту кости.
22. Исходы острого периодонтита:
- а) при обеспечении оттока гноя и эндодонтическом лечении — образование грубоволокнистой соединительной ткани;
 - б) при поступлении инфекции из корневого канала — переход в хроническую форму;
 - в) распространение инфекции и развитие осложнений в соседних тканях;
 - г) формирование радикулярной кисты;
 - д) формирование подкожной одонтогенной гранулемы.
23. Лечение острого периодонтита включает:
- а) удаление причинного зуба;
 - б) назначение курса антибиотиков и противовоспалительных препаратов;
 - в) создание свободного оттока экссудата из периапикальной области;
 - г) резекцию верхушки корня причинного зуба;
 - д) гемисекцию.
24. Острый периодонтит может осложниться:
- а) острым периоститом;
 - б) остеомиелитом;
 - в) флегмоной;
 - г) верхнечелюстным синуситом;
 - д) артритом височно-нижнечелюстного сустава.

25. Показания к удалению зубов при остром периодонтите:

- | | |
|--|---|
| а) зуб не имеет функциональной ценности; | г) отсутствие зубов-антагонистов; |
| б) подвижность зуба II степени; | д) значительное разрушение коронковой части зуба. |
| в) непроходимость канала; | |

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Пациенту М. 37 лет, жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 1.1, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании на зуб.

Анамнез: нарастающая боль в зубе 1.1 появилась на следующий день после его пломбирования.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37 °С.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции верхушки корня зуба 1.1 гиперемирована, при пальпации болезненна. В зубе 1.1 пломба; вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II степени.

Задания

1. Назовите дополнительные исследования, которые необходимо провести, и их цели.
2. Определите, какой диагноз можно поставить на основании приведенных данных.

Ситуационная задача 2

Пациентке Д. 28 лет, жалуется на постоянную боль в зубе 2.4, боль усиливается при смыкании зубов. Ощущает, что зуб стал длиннее других, «как бы вырос».

Анамнез: около 5 мес назад пациентка обнаружила в зубе 2.4 небольшую полость, которую врач-стоматолог запломбировал. Через 3 нед пломба выпала, и полость в этом зубе постепенно увеличивалась. Зуб стал болеть по ночам, а также от холодной и горячей пищи. Последние 2 дня боль стала постоянной, приобрела ноющий характер.

Объективно: общее состояние удовлетворительно, температура тела 37,1 °С.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. В поднижнечелюстной области слева определяется увеличенный, плотный, болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. На жевательной поверхности зуба 2.4 большая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование ее безболезненно. Прикосновение к зубу 2.4 вызывает резкую боль, выявлена подвижность I степени. Слизистая оболочка десны с вестибулярной стороны в области зуба 2.4 гиперемирована, отечна. Пальпация ее в этом месте болезненна.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможный механизм развития воспаления периодонта зуба 2.4.

Ситуационная задача 3

Пациенту К. 23 года, жалуется на постоянную острую боль в зубе 4.7, отдающую в ухо и шею, нарушение сна и приема пищи.

Анамнез: около 1 мес назад появилась приступообразная острая боль в каком-то зубе с правой стороны. Определить больной зуб пациент не мог. Стоматолог

диагностировал пульпит зуба 4.7, наложил мышьяковистую пасту. Приступы боли прекратились. Дальнейшее лечение зуба пациент не проводил. Неделю назад во время еды почувствовал боль в зубе 4.7. Через 4 дня боль в зубе стала постоянной ноющей, затем — острой пульсирующей. Она усиливалась, когда пациент принимал горизонтальное положение или делал теплые ротовые ванночки. Сомкнуть зубы он не мог.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Пульс напряженный, 98 в минуту. Артериальное давление — 130/70 мм рт.ст.

При осмотре: выражение лица страдальческое, беспокойное. Симметрия его не нарушена. Определяется увеличенный, плотный и болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа. Открывание рта свободное. Коронковая часть зуба 4.7 частично разрушена. Полость зуба вскрыта, зондирование ее безболезненно. Вертикальная и горизонтальная перкуссия зуба 4.7 резко болезненна, выявлена подвижность II степени. Соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют. Слизистая оболочка вокруг зуба 4.7 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Альвеолярные возвышения в этой области сглажены.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите мероприятия неотложной помощи, которые следует оказать пациенту.