Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника терапевтической стоматологии

**Современные подходы к лечению различных форм периодонтита.**

**Реферат.**

Выполнил ординатор кафедры-клиники терапевтической стоматологии

по специальности «стоматология терапевтическая»

Грицюк Анастасия Дмитриевна

рецензент к.м.н., доцент

Орлова Елена Егоровна

Красноярск, 2020

 Содержание

Введение.

 Глава I. Классификации периодонтитов.

 Глава II. Этиология периодонтитов.

 Глава III. Патогенез периодонтитов.

 Глава IV. Клиника и дифференциальная диагностика периодонтитов.

А) Острый верхушечный периодонтит

Б) Хронический фиброзный периодонтит

В) Хронический гранулирующий периодонтит

Г) Хронический гранулематозный периодонтит

Д) Хронический периодонтит в стадии обострения

 Глава V. Традиционное лечение периодонтитов.

 Глава VI. Комплексный подход к лечению заболеваний периодонта.

 Глава VII. Лечение хронического верхушечного периодонтита традиционным (медикаментозным) методом и с применением физических факторов воздействия на патологический очаг.

 Заключение.

 Список литературы.

**Введение.**

Лечение воспалительных заболеваний периодонта до сих пор является одной из актуальных проблем современной стоматологии. Высокая частота распространения осложнений кариеса, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря зубов и, как результат, снижение работоспособности свидетельствует об актуальности эффективного лечения патологии периодонта.

В лечении инфекционно-воспалительных заболеваний периодонта традиционно применяют антибиотики и химиотерапевтические препараты. Тем не менее часто такая терапия не оправдывает возлагаемых на нее надежд. В связи с этим поиск новых препаратов для лечения этой патологии вполне оправдан и целесообразен.

Чаще всего основную роль в развитии инфекционного периодонтита играют микробы, преимущественно стрептококки, среди которых негемолитический стрептококк составляет 62%, Staphilococcus mitis – 26%, Staphilococcus salivarius – 12%. Кокковая флора обычно высевается вместе с лактобактериями, дрожжеподобными грибами. Токсины микроорганизмов и продукты распада пульпы проникают в периодонт через корневой канал или патологический зубодесневой карман. По данным литературы, в содержимом каналов при нелеченых верхушечных периодонтитах определяются верхушечные ассоциации, состоящие из 2-5 видов, и реже чистые культуры микрооргарнрнизмов. Воспалительный процесс в периодонте обусловлен поступлением инфекционно-токсического содержимого корневых каналов через верхушечное отверстие.

**Глава I. Классификации периодонтитов.**

*По клиническому течению ( классификация Лукомского) периодонтиты разделяют на:*

1. Острые (экссудативные) периодонтиты:

А) Серозный (локализованный и диффузный)

Б) Гнойный (локализованный и диффузный)

2. Хронические (пролиферативные) периодонтиты:

А) Хронический фиброзный периодонтит

Б) Хронический гранулирующий периодонтит

В) Хронический гранулематозный периодонтит, или гранулема

3. Хронический периодонтит в стадии обострения.

*Классификация периодонтитов по ВОЗ:*

К04.4. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

К04.5. Хронический апикальный периодонтит. Апикальная гранулема

К04.6. Периапикальный абсцесс со свищем

К04.7. Периапикальный абсцесс без свища

К04.8. Корневая киста

К04.9. Другие и неуточненные болезни периапикальных тканей

**Глава II. Этиология периодонтитов.**

По этиологическому фактору периодонтиты бывают:

 - инфекционными

 - травматическими

 - медикаментозными

*Инфекционные периодонтиты.* Причиной возникновения инфекционных периодонтитгов являются микроорганизмы, которые проникают в периодонт. Основным источником инфекции является некротизированная пульпа. Микроорганизмы, попадая из корневого канала в периодонт, вызывают его воспаление. Этому могут сопутствовать жевательное давление, а также грубые манипуляции врача, проталкивающего содержимое канала в периодонт при эндодонтическом лечении. Это основной путь проникновения инфекции. Другой возможный путь – через десневой край и патологический десневой карман. Проникновение инфекции возможно даже гематогенным и лимфогенным путями при гриппе, тифе и др. инфекционных заболеваниях. Инфицирование может произойти и по продолжению процесса при гингивостоматитах, остеомиелитах, гайморитах и перикораноритах. Микрофлора, вызывающая периодонтиты, является достаточно многообразной. Среди выделяемых из инфицированного периодонта микроорганизмов чаще всего встречаются анаэробные и аэробные формы стрептококков, второе место занимают стафилококки, далее идут грамотрицательные бактерии (фузобактерии), спирохеты, а также паразиты типа Entamoeba gingivalis.

*Травматические периодонтиты.* Травматические периодонтиты могут возникать как в результате воздействия кратковременной, но сильной травмы, то есть острой (удар, ушиб, попадание на зуб твердого предмета в виде камешка, косточки), так и хронической, то есть многократно повторяющейся, но не сильной («высокая» пломба, наличие вредных привычек, таких как перекусывание ниток, разгрызание ручек, карандашей и т.д.). При воздействии острой травмы развиваются острые периодонтиты, а при хронической – хронические. Травматические периодонтиты могут возникать и во время лечения пульпитов при неоднократном выведении эндодонтических инструментов за пределы апикального отверстия или проталкивании туда корневой пломбы и штифта, а также при ортодонтическом лечении с неоправданно форсированным, то есть быстрым перемещением зубов.

*Медикаментозные периодонтиты.* Медикаментозные периодонтиты возникают при попадании в периодонт сильнодействующих химических или лекарственных средств, таких как мышьяковистая паста, формалин, фенол, трикрезол, антисептики. К медикаментозным периодонтитам следует отнести и аллергические периодонтиты, возникающие при применении медикаментов, к которым организм сенсибилизирован – антибиотиков и сульфаниламидных препаратов, а также антисептиков, используемых в концентрациях, обычно безвредных для периодонта.

**Глава III. Патогенез периодонтитов.**

Нужно отметить, что воспалительный процесс протекает всегда по одной и той же схеме, независимо от его этиологии и поврежденного органа.

*При инфекционном периодонтите* повреждение клеток вызывают микроорганизмы, причем некоторые из них выделяют эндотоксины, оказывающие цитотоксическое действие на клетки периодонта, другие – протеолитические ферменты, кислотные и щелочные фосфатазы, вызывающие разрушение клеток, и все микроорганизмы выделяют бактериальные антигены, не оказывающие прямого цитотоксического действия, но приводящие к запуску иммунных процессов с участием лимфоцитов и макрофагов. Повреждение клеток, в частности тучных, в первой стадии воспаления - стадии альтерации – приводит к выбросу в зону воспаления большого количества биологически активных веществ – БАВ, или медиаторов воспаления, к которым относятся, в частности, гистамин и факторы хемотаксиса, то есть переноса нейтрофилов и эозинофилов. Гистамин является вазоактивным амином, вызывающим усиление кровотока (так как вызывает быстрое сокращение гладкой мускулатуры больших кровеносных сосудов), дилатацию и увеличение проницаемости сосудистой стенки капилляров. В результате происходит выход плазмы в основное вещество и образуется экссудат. По мере того, как плазма выходит в окружающие ткани, вязкость крови увеличивается, ток крови замедляется, что дает возможность лейкоцитам фиксироваться к клеточной стенке и проникать через стенку в окружающие ткани. А факторы хемотаксиса нейтрофилов и эозинофилов направляют эти клетки в очаг воспаления, где они осуществляют с макрофагами фагоцитоз микроорганизмов и мертвых клеток. Все эти сосудистые изменения происходят во второй стадии воспаления – стадии эксудации. Кроме БАВ в патогенезе воспаления принимают участие так же 3 важные белковые системы крови, посредством которых тучные клетки и тромбоциты выполняют свои функции: система комплемента, свертывающая система, кининовая система. Система комплемента состоит из 10 белков, неактивных ферментов, активирующихся комплексами антиген-антитело и бактериальными токсинами. Активируясь, компоненты системы усиливают хемотаксис лейкоцитов и дегрануляцию тучных клеток. Свертывающая система так же сотоит из неактивных ферментов, активирующихся при контакте с продуктами распада тканей. Роль свертывающей системы при воспалении заключается в предотвращении распространения инфекционного и воспалительного процессов, задержке микроорганизмов и продуктов распада в очаге фагоцитоза, формировании кровяного сгустка для остановки кровотечения и в качестве основы для регенерации тканей. Кининовая система - основу этой системы составляет брадикинин, в небольшом количестве увеличивающий проницаемость сосудистых стенок. Кроме этого брадикинин активирует миграцию лейкоцитов и вызывает болевые ощущения. Все три системы плазмы связаны друг с другом разными биохимическими связями и активируют друг друга.

Стадия эксудации клинически соответствует острому воспалению. Исход его зависит как от вирулентности инфекции, так и от иммунологического статуса организма. Когда иммунологические защитные механизмы ослаблены, то организм не может отграничить воспалительный процесс и он, приобретая диффузный характер, распространяется на окружающие ткани, в частности, на тело челюсти, с образованием различных абсцессов и флегмон, сопровождающихся явлениями интоксикации организма. Если же реактивность макроорганизма достаточно высокая, то воспалительный очаг удается локализовать в области верхушки корня и воспаление приобретает хронический характер, поскольку сохраняется источник инфекции в виде инфицированного корневого канала или пародонтального кармана.

В стадии пролиферации хроническое воспаление в периодонте протекает в виде гранулирующего периодонтита с разрастанием грануляционной ткани, или гранулематозного периодонтита с формированием гранулемы, то есть грануляционой ткани с капсулой из коллагеновых волокон, плотно соединяющейся с поверхностью корня. Грануляционная ткань имеет тенденцию к росту и, поэтому, постоянно разрастаясь, приводит к появлению больших участков деструкции костной ткани.

Хроническое воспаление – это длительно текущий (недели, месяцы и даже годы) воспалительный процесс, вызывающийся постоянно действующими этиологическими факторами. Хроническое воспаление является постоянным стрессом для иммунной системы организма, стремящейся противостоять длительно действующим этиологическим факторам. Постоянная выработка БАВ приводит к повреждению не только местных тканей, но и тканей, расположенных достаточно далеко от очага воспаления. Кроме этого длительно существующий очаг хронического воспаления может привести к сбою иммунной системы организма, что проявится различными аллергическими и аутоиммунными заболеваниями.

*При травматическом периодонтите* механизм развития воспаления зависит от того, произошло физическое разрушение тканей или их раздражение. Так как периодонт обладает достаточно устойчивыми к травме структурами и реакциями, обеспечивающими компенсацию возникающих при травме расстройств, то одиночное изолированное травматическое повреждение вызывает быстро проходящий воспалительный процесс. Хроническое воспаление формируется лишь в том случае, когда при травме вместе с тканью периодонта повреждается сосудисто-нервный пучок пульпы. Результатом этого является некроз пульпы и развитие верхушечного периодонтита, как следствие контакта соединительной ткани периодонта с некротизированной пульпой.

При микротравме повреждение тканей периодонта связано с тем, что в результате постоянно повторяющейся хронической травмы небольшой интенсивности утрачивается аммортизационная способность периодонта, нарушается питание клеток и, как следствие, их гибель.

При перепломбировке корневого канала с выходом пломбировочного материала за пределы апикального отверстия происходит механическое раздражение периодонта, что вызывает развитие воспаления.

*При медикаментозном периодонтите* гибель клеток вызывают медикаменты, в частности, мышьяковистая кислота повреждает протоплазму клеток, а растворы антисептиков высокой концентрации коагулируют ткани периодонта. Далее, независимо от причины гибели клеток, воспаление как при травматическом, так и при медикаментозном периодонтитах развивается по одинаковой схеме, то есть происходит выброс БАВ, сосудистые изменения и т.д.

**Глава IV. Клиника и дифференциальная диагностика периодонтитов.**

А) Острый верхушечный периодонтит.

Острый верхушечный периодонтит характеризуется прогрессирующим воспалением со сменой одних симптомов другими. Основным симптомом острого верхушечного периодонтита являются самопроизвольные, постоянные, локализованные боли разной интенсивности. Степень интенсивности зависит от количества и характера экссудата, скапливаемого в периапикальной области.

Острый верхушечный периодонтит может продолжаться от 2-3 суток (серозный) до 2 недель (гнойный), проходя при этом две стадии развития: стадию интоксикации и стадию экссудации, которые отличаются друг от друга по клинике.

**Стадия интоксикации** наблюдается в начале воспаления.

Жалобы – больные жалуются на самопроизвольные постоянные ноющие боли разной интенсивности, усиливающиеся при накусывании и прикосновении к зубу. Боли локализованные, то есть больные всегда точно определяют пораженный зуб.

Осмотр. На лице внешних изменений (ассиметрии, гиперемии, свища) нет, открывание рта свободное. При осмотре больного зуба обнаруживают глубокую кариозную полость с размягченным дентином. Цвет зуба обычно изменен.

Зондирование - безболезненное. Возможно сообщение между кариозной полостью и пульпарной камерой.

Перкуссия - вертикальная перкуссия положительна, горизонтальная - отрицательна.

Пальпация – зуб неподвижен, десна и переходная складка в области больного зуба при пальпации слегка болезненны. Однако в этой стадии на десне в области больного зуба никаких изменений воспалительного характера нет. Лимфатические узлы без изменений или могут быть немного увеличены и слабоболезненны.

Термодиагностика – зуб на температурные раздражители не реагирует.

ЭОД – электровозбудимость пульпы понижена до 100 мкА и ниже.

Рентгенологическое исследование – выявляет наличие кариозной полости. В периапикальных тканях изменения обнаруживаются через сутки после начала заболевания и характеризуются потерей четкости рисунка губчатого вещества, что объясняется инфильтрацией костного мозга. На этой стадии температура тела в норме и общее состояние организма не страдает.

Дифференциальная диагностика острого верхушечного периодонтита в стадии интоксикации:

- с острым диффузным пульпитом

Одинаковые симптомы:

1) острая самопроизвольная продолжительная боль

2) положительная перкуссия.

3) рентгенологические изменения отсутствуют

Отличительные признаки:

1) боль при периодонтитах постоянная, а не приступообразная, то есть при периодонтите нет болевых и безболевых промежутков

2) зондирование при периодонтитах безболезненно, при остром диффузном пульпите - резко болезненно

3) при остром диффузном пульпите любой раздражитель вызывает боль, при периодонтитах зуб на раздражители не отвечает

4) перкуссия при периодонтитах всегда резко положительна, а при остром диффузном пульпите слабоположительна

5) при остром периодонтите электровозбудимость зуба снижена до 100 мкА и выше, а при пульпитах всегда меньше 100 мкА

6) при остром диффузном пульпите пальпация по переходной складке в области проекции больного зуба безболезненна, а при острых формах периодонтита – болезненна.

- с острым верхушечным периодонтитом в стадии экссудации

Одинаковые симптомы:

1) постоянные острые самопроизвольные локализованные боли

2) положительная вертикальная перкуссия

3) безболезненное зондирование

4) данные ЭОД

5) данные термодиагностики

6) рентгенологические изменения отсутствуют

 Отличительные признаки:

1) при периодонтите в стадии интоксикации положительна лишь вертикальная перкуссия, а в стадии экссудации перкуссия резко положительна в любом направлении, как в вертикальном, так и в горизонтальном

2) при периодонтите в стадии интоксикации зуб неподвижен, а в стадии экссудации отмечается его патологическая подвижность

3) при периодонтите в стадии интоксикации десна и переходная складка в области больного зуба обычно без изменений, а стадии экссудации – гиперемированы и отёчны и резко болезненны при пальпации

4) при остром периодонтите в стадии экссудации достаточно часто наблюдается коллатеральный отек околочелюстных тканей, чего в стадии интоксикации не бывает.

- с обострившимся хроническим периодонтитом

Одинаковые симптомы:

1) постоянные острые самопроизвольные локализованные боли

2) положительная вертикальная перкуссия

3) безболезненное зондирование

4) данные ЭОД

5) данные термодиагностики

Отличительные признаки:

1) данные рентгенологическом исследования – при остром периодонтите в стадии интоксикации в периапикальных тканях изменений либо нет, либо наблюдается нечеткость рисунка губчатой кости, а при обострении хронических периодонтитов на рентгене всегда есть деструктивные изменения разной степени, в зависимости от того хронического периодонтита, который обострился.

2) при остром периодонтите в стадии интоксикации на лице и по переходной складке в области больного зуба изменений нет, а при обострении хронического периодонтита возможно наличие свища по переходной складке или на коже лица.

3) при периодонтите в стадии интоксикации зуб неподвижен, а при обострении хронического периодонтита отмечается его патологическая подвижность

4) при обострившемся хроническом периодонтите достаточно часто наблюдается коллатеральный отек околочелюстных тканей, чего при остром периодонтите в стадии интоксикации не бывает.

**Стадия экссудации.**

Жалобы – больные жалуются на самопроизвольные, постоянные, усиливающиеся по интенсивности боли пульсирующего характера и боли от малейшего прикосновения к зубу. Боли могут распространяться на всю половину лица. Характерными в этот период являются также жалобы на чувство «выросшего зуба», то есть на ощущение удлинения зуба, которое объясняется скоплением экссудата в верхушечном отделе периодонта и нарушением функции распределения жевательного давления. Кроме этого, больные могут жаловаться на патологическую подвижность зуба. В этой стадии возможны также жалобы на головные боли и общую слабость, бессонницу и повышение температуры тела.

Осмотр. Внешний осмотр выявляет асимметрию лица из-за коллатерального отека, открывание рта возможно ограничено. При осмотре больного зуба обнаруживают глубокую кариозную полость с размягченным дентином. Цвет зуба обычно изменен.

Зондирование - безболезненное. Возможно сообщение между кариозной полостью и пульпарной камерой.

Перкуссия - резко положительна в любом направлении (и вертикальная, и горизонтальная).

Пальпация – зуб подвижен, что обусловлено инфильтрацией, разволокнением и частичным разрушением коллагеновых волокон периодонта. Десна и переходная складка в области больного зуба при пальпации резко болезненны, гиперемированы и отёчны. Лимфатические узлы увеличены, болезненны, но подвижны.

Термодиагностика – зуб на температурные раздражители не реагирует.

ЭОД – электровозбудимость пульпы понижена до 100 мкА и ниже.

Рентгенологическое исследование – выявляет наличие кариозной полости. В периапикальных тканях - потеря четкости рисунка губчатого вещества.

В тяжелых случаях страдает общее состояние организма, температура тела повышена (37-38 С). В крови обнаруживается лейкоцитоз и повышение СОЭ.

Этот мучительный для больного процесс может длиться несколько дней. Как только экссудат находит себе выход (обычно через кость под надкостницу, или через свищ на десне или коже лица) состояние больного немного улучшается: уменьшается боль, понижается температура тела, даже перкуссия больного зуба может быть отрицательной. Однако пальпация десны и переходной складки всегда болезненна. Без лечения при нормальной реактивности организма острый периодонтит переходит в хронический с формированием очага хронической инфекции. При пониженной реактивности организма острый периодонтит может перейти в абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области.

Дифференциальная диагностика острого верхушечного периодонтита в стадии экссудации:

- с острым верхушечным периодонтитом в стадии интоксикации

Одинаковые симптомы:

1) постоянные острые самопроизвольные локализованные боли

2) положительная вертикальная перкуссия

3) безболезненное зондирование

4) данные ЭОД

5) данные термодиагностики

Отличительные признаки:

1) при периодонтите в стадии интоксикации положительна лишь вертикальная перкуссия, а в стадии экссудации перкуссия резко положительна в любом направлении, как в вертикальном, так и в горизонтальном

2) при периодонтите в стадии интоксикации зуб неподвижен, а в стадии эксудации отмечается его патологическая подвижность

3) при периодонтите в стадии интоксикации десна и переходная складка в области больного зуба обычно без изменений, а стадии экссудации – гиперемированы и отёчны и резко болезненны при пальпации

4) при остром периодонтите в стадии экссудации достаточно часто наблюдается коллатеральный отек околочелюстных тканей, чего в стадии интоксикации не бывает.

- с обострившимся хроническим периодонтитом

Одинаковые симптомы:

1) постоянные острые самопроизвольные локализованные боли

2) положительная перкуссия в любом направлении

3) безболезненное зондирование

4) данные ЭОД

5) данные термодиагностики

6) при обострении возможна патологическая подвижность зубов

7) регионарные лимфатические сосуды увеличены и болезненны

Отличительные признаки:

1) данные рентгенологического исследования – при остром периодонтите в стадии экссудации наблюдается лишь нечеткость рисунка губчатой кости, а при обострении хронических периодонтитов на рентгенологическом снимке всегда есть деструктивные изменения разной степени, в зависимости от того хронического периодонтита, который обострился.

2) при обострении хронического периодонтита возможно наличие свища по переходной складке или на коже лица, чего не бывает при остром периодонтите

3) при обострении хронического периодонтита фаза острого воспаления относительно короткая, так как кость уже разрушена и экссудат быстрее находит выход под надкостницу или через свищ наружу.

- с острым остеомиелитом челюсти

Одинаковые симптомы:

1) нарушение общего состояния организма (повышение температуры тела, лейкоцитоз и т.д.)

2) наличие отека мягких тканей челюстно-лицевой области

3) положительная перкуссия

Отличительные признаки:

1) при остром остеомиелите реакция организма резко выраженная ( температура тела повышается до 39- 40 С)

2) при остром периодонтите отек расположен лишь с вестибулярной стороны челюсти, а при остром остеомиелите – и с вестибулярной, и с оральной сторон.

3) при остром периодонтите на перкуссию резко реагирует лишь больной зуб, а при остеомиелите – также и несколько соседних.

4) при периодонтите зуб не реагирует ни на какие раздражители, то есть пульпа некротизирована, а при остеомиелите пульпа в зубах может быть сохранена. (ЭОД – 20-40 мкА)

- с пародонтальным абсцессом

Одинаковые симптомы:

1) самопроизвольная постоянная боль

2) гиперемия и болезненность при пальпация десны и переходной складки

3) положительная перкуссия

4) подвижность зуба

Отличительные признаки:

1) при пародонтальном абсцессе более болезненна горизонтальная перкуссия, чем вертикальная

2) чувствительность зубов при пародонтальном абсцессе сохранена

3) при пародонтальном абсцессе рентгенологическое исследование выявляет изменения (нечеткость рисунка, резорбцию) в области межальвеолярной перегородки, но не периапикальной области периодонта, как при периодонтите.

- с нагноившейся кистой

Одинаковые признаки:

1) наличие отека и нарушение общего состояния организма

2) положительная перкуссия

3) подвижность зубов

Отличительные признаки:

1) при нагноившейся кисте на перкуссию отвечает не один, а несколько зубов

2) при нагноившейся кисте подвижны несколько зубов, а при периодонтите всегда один

3) при остром периодонтите на рентгенологическом снимке нет очагов резорбции костной ткани, а при кисте - всегда обнаруживаются большие участки резорбции.

Б) Хронический фиброзный периодонтит.

Жалобы. При хроническом фиброзном периодонтите больные жалоб на боли обычно не предъявляют. Могут быть жалобы на изменение цвета коронки зуба, неприятные ощущения при пережевывании жесткой пищи. Из анамнеза выясняется, что зуб прежде болел, либо подвергался лечению.

Осмотр. На лице внешних изменений (гиперемии, ассиметрии, свища) нет. При осмотре зуба обнаруживается глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Цвет зуба обычно изменен. Возможно наличие старой пломбы.

Зондирование – пульпа некротизирована, поэтому зондирование кариозной полости и устьев корневых каналов (если они открыты) безболезненно. Часто можно выявить корневую пломбу.

Перкуссия – отрицательна.

Пальпация – зуб неподвижен, переходная складка в области больного зуба в норме, лимфатические узлы слегка увеличены, но безболезненны и подвижны.

Термодиагностика – зуб на действие температурных раздражителей не реагирует.

ЭОД – больше 100 мкА.

Рентгенологическое исследование – наличие кариозной полости или пломбы. В периапикальной области обнаруживается деформация периодонтальной щели в виде ее расширения. При этом деформация периодонтальной щели обычно не сопровождается разрушением костной ткани альвеолы и цемента корня зуба. Корневые каналы зуба могут быть запломбированы.

Дифференциальная диагностика хронического фиброзного периодонтита:

- с хроническими гранулирующим и гранулематозным периодонтитами

Одинаковые симптомы:

1) бессимптомное течение

2) данные зондирования, перкуссии и пальпации

3) данные термодиагностики и ЭОД

Отличительные признаки:

1) данные рентгенологического исследования – при фиброзном периодонтите наблюдается лишь расширение периодонтальной щели без признаков резорбции костной ткани, а при других формах хронического периодонтита признаки резорбции кости альвеолярного отростка всегда есть.

- со средним кариесом

Одинаковые симптомы:

1) бессимптомное течение

Отличительные признаки:

1) данные зондирования

2) данные термодиагностики и ЭОД

3) данные рентгенологического исследования – при фиброзном периодонтите наблюдается расширение периодонтальной щели, а при среднем кариесе никаких изменений в периодонте нет

4) цвет зуба при периодонтите изменен, а при среднем кариесе – нет

- с хроническим гангренозным пульпитом

Одинаковые симптомы:

1) иногда бессимптомное течение при гангренозном пульпите

2) безболезненное зондирование дна кариозной полости

3) изменения на рентгенограмме в периапикальных тканях

4) изменение цвета зуба

Отличительные признаки:

1) при хроническом периодонтите зуб никогда не реагирует на температурные раздражители

2) зондирование при периодонтите безболезненно на всем протяжении корневого канала, за исключением тех случаев, когда грануляции из периодонта врастают в канал, но в этом случае на турунде обнаруживается ярко- красная кровь, что не характерно для гангренозного пульпита. Кроме того, грануляции при зондировании менее болезненны, чем сохранившаяся пульпа в канале при гангренозном пульпите

3) показатели ЭОД при периодонтите всегда больше 100 мкА, а при гангренозном пульпите меньше

В) Хронический гранулирующий периодонтит.

Жалобы – на периодические боли или неприятные ощущения в области больного зуба. Неприятные ощущения могут быть в виде тяжести, распирания, дискомфорта. Больные могут отмечать незначительную болезненность при накусывании на зуб. Иногда жалоб может и не быть. У некоторых больных основной жалобой является образование свища на десне или коже лица. Из анамнеза выясняется, что зуб периодически начинает болеть, затем открывается свищ и все проходит. Зуб может быть лечен в прошлом.

Осмотр. При внешнем осмотре асимметрии лица нет, однако на коже лица может быть свищ или рубец от него. При осмотре зуба обнаруживается глубокая кариозная полость с размягченным дентином, либо старая пломба. Цвет зуба изменен.

Зондирование – безболезненно. Однако, при прорастании грануляционной ткани в корневые каналы, глубокое зондирование может вызвать болезненность и кровоточивость.

Перкуссия – слабо положительна.

Пальпация – зуб неподвижен, переходная складка в области больного зуба отечна и гиперемирована. Отмечается синдром вазопареза по Лукомскому: при надавливании на десну в области больного зуба тупым концом инструмента (ручка зеркала, зонда, головка штопфера) в десне остается углубление, окруженное участком анемии. Это углубление исчезает не сразу, хотя анемия быстро сменяется ярко-красной окраской. На десне обнаруживается либо свищ, либо нежные рубцы от него. Вокруг свища могут быть разрастания грануляционной ткани. При надавливании на десну вблизи свища появляются серозные или гнойные выделения. Лимфатические узлы увеличены, болезненны, но подвижны.

Термодиагностика – зуб на температурные раздражители не отвечает.

ЭОД – больше 100 мкА.

Рентгенологическое исследование – в области верхушки корня очаг деструкции кости с нечеткими контурами.

Хронический гранулирующий периодонтит является самой активной и агрессивной формой из всех форм хронических периодонтитов, часто обостряется, хотя и с относительно благоприятным течением, так как обеспечивается быстрый выход экссудата через свищ. Однако при адекватном лечении эта форма периодонтита дает более высокий процент удачи, чем гранулематозный периодонтит.

Дифференциальная диагностика хронического гранулирующего периодонтита:

- с хроническими фиброзным и гранулематозным периодонтитом

Одинаковые симптомы:

1) бессимптомное течение

2) данные зондирования, перкуссии и пальпации

3) данные термодиагностики и ЭОД

Отличительные признаки:

1) данные рентгенологического исследования: хронический фиброзный периодонтит – расширение периодонтальной щели, хронический гранулематозный периодонтит – очаг резорбции костной ткани округлой формы с четкими границами, хронический гранулирующий периодонтит - очаг резорбции костной ткани с нечеткими границами

2) наличие свища или рубца от свища при хроническом гранулирующем периодонтите

- с хроническим гангренозным пульпитом

Одинаковые симптомы:

1) иногда бессимптомное течение при гангренозном пульпите

2) безболезненное зондирование дна кариозной полости

3) болезненность и кровоточивость при глубоком зондировании в случае прорастания грануляций в корневой канал

4) изменение цвета зуба

Отличительные признаки:

1) при хроническом периодонтите зуб никогда не реагирует на температурные раздражители

2) зондирование при периодонтите безболезненно на всем протяжении корневого канала, за исключением тех случаев, когда грануляции из периодонта врастают в канал, но в этом случае на турунде обнаруживается ярко- красная кровь, что не характерно для гангренозного пульпита. Кроме того, грануляции при зондировании менее болезненны, чем сохранившаяся пульпа в канале при гангренозном пульпите

3) показатели ЭОД при периодонтите всегда больше 100 мкА, а при гангренозном пульпите меньше

4) данные рентгенологического исследования – на рентгенологическом снимке при хроническом гранулирующем периодонтите в области верхушки корня обнаруживается очаг резорбции кости с нечеткими границами, а при гангренозном пульпите – лишь небольшое расширение периодонтальной щели

Г) Хронический гранулематозный периодонтит.

Жалобы – в большинстве случаев жалобы отсуствуют. Но могут быть жалобы на появляющиеся время от времени нерезко выраженные боли, особенно при пережевывании жесткой пищи. Иногда больные могут жаловаться на выпячивание в области корня зуба. Из анамнеза может выясниться, что зуб болел в прошлом или подвергался лечению.

Осмотр. При внешнем осмотре асимметрии лица нет, открывание рта свободное. При осмотре зуба обнаруживается глубокая кариозная полость с размягченным дентином, либо старая пломба. Цвет зуба изменен.

Зондирование – безболезненно. После удаления содержимого корневых каналов нередко появляется зловонный желтоватый серозный либо гнойный экссудат.

Перкуссия – слабо положительна, но может быть и отрицательной. При перкуссии отмечается «дрожание корня», ощущаемое пальцем у верхушки корня.

Пальпация – зуб неподвижен, переходная складка в области больного зуба может быть слегка отечна и гиперемирована. Иногда на десне обнаруживается свищ. Лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны, но подвижны.

Термодиагностика – зуб на температурные раздражители не отвечает.

ЭОД – больше 100 мкА.

Рентгенологическое исследование – в области верхушки корня очаг деструкции кости округлой или овальной формы с четкими контурами размером 0,5 см.

Дифференциальная диагностика хронического гранулематозного периодонтита:

- с хроническими фиброзным и гранулирующим периодонтитами:

Одинаковые симптомы:

1) бессимптомное течение

2) данные зондирования, перкуссии и пальпации

3) данные термодиагностики и ЭОД

Отличительные признаки:

1) данные рентгенологического исследования: хронический фиброзный периодонтит – расширение периодонтальной щели, хронический гранулематозный периодонтит – очаг резорбции костной ткани округлой формы с четкими границами, хронический гранулирующий периодонтит - очаг резорбции костной ткани с нечеткими границами

- с хроническим гангренозным пульпитом

Одинаковые симптомы:

1) иногда бессимптомное течение при гангренозном пульпите

2) безболезненное зондирование дна кариозной полости

3) изменение цвета зуба

Отличительные признаки:

1) при хроническом периодонтите зуб никогда не реагирует на температурные раздражители

2) зондирование при периодонтите безболезненно на всем протяжении корневого канала

3) показатели ЭОД при периодонтите всегда больше 100 мкА, а при гангренозном пульпите меньше

4) данные рентгенологического исследования – на рентгенологическом снимке при хроническом гранулематозном периодонтите в области верхушки корня обнаруживается очаг резорбции кости овальной или округлой формы с четкими границами, а при гангренозном пульпите – лишь небольшое расширение периодонтальной щели

- с радикулярной кистой

Одинаковые симптомы:

1) бессимптомное течение и изменившийся цвет зуба

2) данные зондирования и перкуссии

3) данные термодиагностики и ЭОД

Отличительные признаки:

1) наличие характерного «пергаментного хруста» при пальпации переходной складки при радикальной кисте

2) данные рентгенологического исследования – радикальная киста на рентгенологическом снимке видна как круглая или овальная полость, размером 0,8 см и больше, в которой видны веерообразно расположенные корни зубов.

Д) Хронический периодонтит в стадии обострения.

Жалобы - на самопроизвольные, постоянные, локализованные боли, отек мягких тканей, подвижность зуба, выделения из свища, если таковой имеется. В этой стадии возможны также жалобы на головные боли и общую слабость, бессонницу и повышение температуры тела.

Осмотр. Внешний осмотр выявляет асимметрию лица из-за коллатерального отека, открывание рта возможно ограничено. При осмотре больного зуба обнаруживают глубокую кариозную полость с размягченным дентином. Цвет зуба изменен.

Зондирование - безболезненное. Есть сообщение между кариозной полостью и пульпарной камерой.

Перкуссия - резко положительна в любом направлении (и вертикальная, и горизонтальная).

Пальпация – зуб подвижен. Десна и переходная складка в области больного зуба при пальпации резко болезненны, гиперемированы и отёчны. Лимфатические узлы увеличены, болезненны, но подвижны.

Термодиагностика – зуб на температурные раздражители не реагирует.

ЭОД – электровозбудимость пульпы понижена до 100 мкА и ниже.

Рентгенологическое исследование – выявляет наличие кариозной полости. В периапикальных тканях – изменения, характерные для той формы хронического периодонтита, которая обострилась.

В тяжелых случаях страдает общее состояние организма, температура тела повышена (37-38 С). В крови - лейкоцитоз и повышение СОЭ. Однако все реакции проходят гораздо быстрее, поскольку наличие деструктивных изменений в кости челюсти или свищевого хода позволяет экссудату быстро находить выход.

Дифференциальная диагностика хронического периодонтита в стадии обострения:

- с острым периодонтитом

Одинаковые симптомы:

1) постоянные острые самопроизвольные локализованные боли

2) положительная перкуссия в любом направлении

3) безболезненное зондирование

4) данные ЭОД

5) данные термодиагностики

6) патологическая подвижность зуба ( при остром в стадии экссудации)

7) увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов

Отличительные признаки:

1) данные рентгенологического исследования – при остром периодонтите наблюдается лишь нечеткость рисунка губчатой кости, а при обострении хронических периодонтитов на рентгенологическом снимке всегда есть деструктивные изменения разной степени, в зависимости от того хронического периодонтита, который обострился.

2) при обострении хронического периодонтита возможно наличие свища по переходной складке или на коже лица, чего не бывает при остром периодонтите

3) при обострении хронического периодонтита фаза острого воспаления относительно короткая, так как кость уже разрушена и экссудат быстрее находит выход под надкостницу или через свищ наружу.

- с острым диффузным и обострившимся хроническим пульпитами

Одинаковые симптомы:

1) острая самопроизвольная продолжительная боль

2) положительная перкуссия.

Отличительные признаки:

1) боль при периодонтитах постоянная, а не приступообразная, то есть при периодонтите нет болевых и безболевых промежутков

2) зондирование при периодонтитах безболезненно, при остром диффузном пульпите - резко болезненно

3) при пульпитах любой раздражитель вызывает боль, при периодонтитах зуб реагирует только на механическое раздражение

4) перкуссия при периодонтитах всегда резко положительна, а при остром диффузном и обострившемся хроническом пульпите слабоположительна

5) при остром периодонтите и обострении хронических периодонтитов электровозбудимость зуба снижена до 100 мкА и выше, а при пульпитах всегда меньше 100 мкА

6) на рентгенограмме при обострившихся периодонтитах выявляются расширение периодонтальной щели или деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба

7) при остром диффузном пульпите пальпация по переходной складке в области проекции больного зуба безболезненна, а при острых формах периодонтита – болезненна.

**Глава V. Традиционное лечение периодонтитов.**

*Терапевтическое(консервативное) лечение* периодонтитов включает в себя общее и местное лечение.

Для общего лечения используются следующие группы препаратов:

1. антибиотики, сульфаниламидные препараты (Doxacyclin, Trixopol, Sulfadimetoxsin)

2. противовоспалительные средства (Ibuprofen)

3. десенсибилизирующие средства (Tavegil. Diazolin)

4. витамины (Vit.C, B1,B2,B6,E)

Местное лечение включает:

1. механическая обработка корневых каналов

2. антисептики, антибиотики, сульфаниламидные препараты

3. противовоспалительные средства (стероидные и нестероидные)

4. препараты стимулирующие остеогенез

**1) Лечение острого верхушечного периодонтита.**

Лечение медикаментозного периодонтита в стадии интоксикации. Медикаментозный периодонтит чаще всего возникает в результате длительного пребывания в полости зуба мышьяковистой пасты или ее передозировки при лечении пульпита методом девитализации. Реже причиной медикаментозного периодонтита могут стать другие препараты.

I посещение.

1. Обезболивание. Поскольку основным симптомом при остром периодонтите является резкая перкуторная боль, то обезболивание является первым шагом в лечении. Проведение инфильтрационной анестезии в этом случае несколько проблематично. Во-первых, местные анестетики теряют эффективность в очаге воспаления. Во- вторых, при наличии воспаления в периодонте инъекция в эту область очень болезненна и может привести к распространению инфекции. В-третьих, анестетик быстро всасывается из участка воспаления (по причине расширенных сосудов с высокой проницаемостью стенок) и может вызвать токсическую реакцию организма, чему способствует ослабленность больного из-за сильных болей, отсутствия сна и аппетита. Очень часто для безболезненной работы достаточно бывает фиксации зуба пальцем и работы турбинным наконечником с острыми борами без использования сильного давления на зуб при препарировании. Однако, если обезболивание все же необходимо, то в стадии интоксикации можно делать инфильтрационную анестезию. В стадии же экссудации, когда есть отек мягких тканей, предпочтительнее проводниковая анестезия.

2. Удаление коронковой и корневой пульпы. В случае мышьяковистого периодонтита нужно быстро вскрыть пульпарную камеру и удалить коронковую и корневую пульпу. Если же причиной периодонтита стало другое вещество, то нужно удалить его из полости зуба.

3. Обработка корневых каналов. Производится механическая и медикаментозная обработка каналов. Для медикаментозной обработки корневых каналов при мышьяковистом периодонтите используются антисептики и ферменты (3% раствор перекиси водорода, 1-2% раствор хлорамина, 5% раствор гипохлорида натрия, трипсин, химотрипсин). После этого корневые каналы необходимо высушить и в каналах на 1-2 дня оставить лечебную повязку с антидотом мышьяка (5% раствор унитиола или 1% раствор иодинола). Зуб герметически закрывается временной пломбой. При медикаментозном периодонтите, вызванном другим веществом, каналы промываются препаратами с выраженным антиэкссудативным действием ( 0,15% раствор фуразолидона, фурагина, гидрокортизон). В корневых каналах в качестве лечебной повязки оставляются те же препараты. Зуб герметически закрывается временной пломбой.

4. Советы пациенту и назначения на дом. Больным назначается дозированное тепло в виде ротовых ванночек, а также ненаркотические анальгетики (амидопирин, анальгин и др.). Явка пациента через 1-2 суток.

II посещение

1. Удаление временной пломбы. 2. Обработка корневых каналов. Корневые каналы промываются теми же антисептиками. В случае отсутствия болей корневые каналы высушиваются и пломбируются до физиологического апекса. Кариозная полость закрывается временной пломбой. Если же зуб болел, то в этом случае показано физиотерапевтическое лечение (электрофорез насыщенным раствором иодида калия, анодгальванизация). После купирования болей, корневые каналы также пломбируются. Кариозная полость временно закрывается.

 III посещение

1. Удаление временной пломбы.

2. Окончательное препарирование и пломбирование кариозной полости постоянной пломбой

Лечение медикаментозного периодонтита в стадии эксудации. Лечение медикаментозного периодонтита в стадии экссудации такое же, что лечение острого инфекционного периодонтита в стадии экссудации.

Лечение острого апикального травматического периодонтита. Травматический периодонтит может возникать от завышенной пломбы, искусственной коронки, после эндодонтического лечения (при перепломбировке или травме эндодонтическими инструментами), а также в результате острой травмы. При периодонтите, возникшем от завышенного прикуса, в первую очередь устраняется причина, то есть сошлифовывается пломба или коронка. Пациенту назначается физиотерапевтическое лечение (тепло в виде ротовых ванночек, электрофорез и др.) и при необходимости прием внутрь обезболивающих препаратов. То же лечение назначается при травматическом периодонтите, возникшем в результате эндодонтического лечения (исключение составляет выведение штифтов в периодонт). При остром травматическом периодонтите, возникшем от острой травмы, в первую очередь делают рентгенологическое исследование для исключения возможного перелома и ЭОД для определения целостности сосудисто- нервного пучка. При повреждении пучка (ЭОД выше 100 мкА) производится депульпация зуба с дальнейшим пломбированием корневого канала до физиологической верхушки. Если же нет перелома и повреждения сосудисто-нервного пучка (ЭОД меньше 100мка), то назначают дозированное тепло в виде ротовых ванночек, выводят зуб из прикуса, и через 3-4 недели после травмы вновь проверяют электровозбудимость. При ЭОД выше 2-12 мкА производится депульпация зуба с дальнейшим пломбированием корневого канала до физиологической верхушки.

Лечение острого инфекционного периодонтита в стадии интоксикации.

I посещение.

1. Обезболивание. Инъекционное обезболивание в этой стадии, возможно, и не понадобится. Достаточно работы турбинным наконечником с острыми борами и фиксацией зуба пальцем.

2. Механическая и медикаментозная обработка корневых каналов. Из кариозной полости удаляется весь инфицированный размягченный дентин, вскрывается полость зуба, производится тщательная механическая, химическая и медикаментозная обработка корневых каналов. Затем в корневые каналы вводится антисептик или лечебные пасты ( «Септомиксин форте», «Гриназоль» и др.) и зуб герметически закрывается на 1-2 дня.

3. Советы пациенту и назначения на дом. В случае сильных болей можно назначить обезболивающие и ненаркотические противовоспалительные средства типа ибупрофена, вольтарена или ацетилсалициловой кислоты.

II посещение

1. Удаление временной пломбы.

2. Пломбирование корневых каналов. В случае отсутствия болей производится промывание и высушивание корневых каналов. Если нет экссудации (то есть канал удается высушить), то производится окончательная обтурация каналов. Кариозная полость закрывается временной пломбой. Если же купирования болей не произошло, или в канале все время присутствует экссудат, то в корневых каналах вновь оставляется лечебная повязка, зуб закрывается временной пломбой, а окончательное пломбирование корневых каналов оставляют на следующее посещение.

III посещение

1. Удаление временной пломбы.

2. Окончательное препарирование и пломбирование кариозной полости постоянной пломбой.

Лечение острого инфекционного периодонтита в стадии экссудации.

I посещение.

1. Обезболивание.

2. Обеспечение дренажа. Чтобы снять сильную боль и предотвратить дальнейшее распространение воспалительного процесса на другие отделы челюстно-лицевой области, необходимо дать отток экссудату, скопившемуся в периапикальной области. Причем обычно гнойный очаг дренируется через корневые каналы. С этой целью производится вскрытие пульпарной камеры, постепенное очищение корневых каналов от их содержимого, избегая при этом проталкивания его в периодонт, и расширение апикального отверстия для обеспечения эффективного оттока экссудата. После этого зуб оставляется открытым на несколько дней. В случае выраженного периостита показан разрез по переходной складке. Разрез делают длиной не менее 2 см с обязательным рассечением надкостницы челюсти (желательно до получения гноя). В последнее время производится достаточно много лекарственных паст для лечения периодонтитов, в том числе острых периодонтитов в стадии экссудации. К ним относятся пасты на основе антибиотиков (например «Септомиксин форте»), метронидазола («Гриназоль»), иодоформа («Темпофор»). Пасты вводятся в корневые каналы после их предварительной механической, химической и медикаментозной обработки и зуб герметически закрывается временной пломбой. Это позволяет избежать повторного инфицирования корневых каналов и периодонта микрофлорой полости рта, что неизбежно происходит при оставлении зуба открытым и, что может привести к тому, что новое, еще более сильное воспаление возникнет после обтурации корневых каналов. Лечебные повязки необходимо менять каждый день до полного исчезновения симптомов воспаления.

3. Советы пациенту и назначения на дом. Пациенту назначаются частые полоскания теплыми гипертоническими растворами, антисептиками. Особо обращают внимание пациента на недопустимость попадания кусочков пищи в кариозную полость, чтобы не закрыть путь для оттока экссудата. В качестве антигистаминных средств больному назначают фенкарол, тавегил, супрастин, димедрол в общепринятых дозировках, а также препараты, действующие на анаэробную микрофлору (бактрим, бисептол, метронидазол и др.) При явлениях интоксикации организма (высокая температура, головная боль, слабость и т. д.) больному назначаются антибиотики внутрь (например, эритромицин, оксациллин, метициллин). Если через 24 часа улучшение не наступает, то нужно заменить антибиотик. При противопоказаниях к назначению антибиотиков рекомендуют сульфаниламидные препараты.

II посещение

1. Пломбирование корневых каналов. Если зуб оставался открытым, и все воспалительные явления прошли, то есть прекратилась боль, нет выделения экссудата, перкуссия зуба и пальпация десны безболезненны, то производится механическая, химическая и медикаментозная обработка корневых каналов и их пломбирование до физиологического апекса. В случае же, если в корневых каналах была оставлена лечебная повязка, а зуб был закрыт временной пломбой, то при отсутствии болей и других признаков воспаления производится окончательная обтурация каналов. Кариозная полость закрывается временной пломбой. Если же купирования болей не произошло, или в канале все время присутствует экссудат, то в корневых каналах вновь оставляется лечебная повязка, зуб закрывается временной пломбой, а окончательное пломбирование корневых каналов оставляют на следующее посещение. Если после пломбирования корневых каналов появляется боль, то назначают физиотерапевтические процедуры (флюктуоризация), а при необходимости (при появлении отека) выполняют широкий разрез по переходной складке. Для профилактики осложнений сразу после пломбирования корневых каналов в переходную складку можно ввести 0,2-0,5 мл гидрокортизона.

III посещение

1. Удаление временной пломбы.

2. Окончательное препарирование и пломбирование кариозной полости постоянной пломбой.

Исходом лечения острого периодонтита в лучшем случае является клиническое выздоровление, так как периодонт не восстанавливается, а превращается в грубую рубцовую ткань. Однако, даже в таком состоянии периодонт вполне нормально выполняет свои функции. При неудачном же лечении острый периодонтит переходит в хронический или же в периостит и остеомиелит челюсти.

**2) Лечение хронических форм верхушечного периодонтита.**

Методы лечения хронических периодонтитов можно разделить на следующие группы:

а) консервативное

б) консервативно-хирургические

в) хирургическое

*Консервативное лечение.*

Лечение хронического фиброзного, гранулирующего и гранулематозного периодонтитов.

I посещение.

1. Препарирование кариозной полости. Производят препарирование кариозной полости и вскрытие пульпарной камеры с созданием адекватного эндодонтического доступа. При препарировании кариозной полости удаляется весь размягченный инфицированный дентин. Обработанная кариозная полость промывается антисептиком.

2. Механическая, химическая и медикаментозная обработка корневых каналов. Каналы обрабатываются методом «от большего к меньшему», или Crown dawn. Механическая и химическая обработка каналов обеспечивает механическое удаление некротизированных и инфицированных тканей из просвета канала, а также инфицированного предентина и смазанного слоя со стенок корневых каналов, раскрывая тем самым просвет латеральных микроканальцев. Медикаментозная обработка повышает эффективность механической, смывая некротизированные ткани и микроорганизмы, кровяные сгустки, экссудат и гной, очищая трещины и латеральные каналы, механическая обработка которых невозможна. Для получения комбинированного эффекта медикаментов можно сочетать различные ирригационные растворы (гипохлорит натрия и перекись, и др.). Нужно приложить все усилия к тому, чтобы механическая, химическая и медикаментозная обработка канала была полностью завершена в первое посещение. Частичная обработка канала приводит к нарушению биологического равновесия и изменению микрофлоры канала. Эти изменения могут способствовать увеличению количества патогенных микробов, что в свою очередь приведёт к обострению воспалительного процесса в периапикальных тканях.

3. Дезинфекция корневых каналов. Тщательная полноценная хемомеханическая обработка каналов приводит к значительному снижению количества микроорганизмов. Однако для гарантированного удаления из корневого канала любых остатков бактериальной микрофлоры в канал зуба на некоторое время нужно ввести какое –либо лекарственное вещество в виде лечебной повязки. На сегодняшний день наиболее популярным и эффективным препаратом для лечебной повязки являются препараты на основе гидроокиси кальция, оказывающие пролонгированное противовоспалительное, антибактериальное и остеогенное действие. Хотя не исключается применение и любых других лечебных паст. После введения лечебной повязки в корневые каналы, кариозная полость герметически закрывается временной пломбой.

4. Советы пациенту и назначения на дом. Обычно никаких назначений не нужно. Однако некоторым пациентам нужно профилактически системно назначить антибиотики. К ним относятся пациенты с патологией сердечных клапанов, с искусственными клапанами и водителями ритма, острым гломерулонефритом и диабетом в стадии декомпенсации. Чаще всего профилактическая антибиотикотерапия проводится с помощью амоксициллина.

II посещение. Промежуток между первым и вторым посещениями зависит от препарата, используемого в качестве лечебной повязки.

1. Удаление временной пломбы.

2. Промывание и высушивание корневых каналов. Из корневых каналов извлекаются остатки лечебной повязки. Каналы повторно промываются ирригантами, высушиваются бумажными адсорберами. При отсутствии в канале экссудата (то есть при извлечении адсорберов сухими), можно приступать к обтурации корневых каналов. При наличии же экссудата, что определяется безуспешными попытками высушить канал, в зубе повторно оставляется лечебная повязка и кариозная полость герметически закрывается временной пломбой, а окончательная обтурация канала откладывается на следующее посещение.

3. Пломбирование корневых каналов. Промытые и высушенные корневые каналы пломбируются постоянным пломбировочным материалом не доходя 1 мм до рентгенологического апекса. Кариозная полость герметически закрывается временной пломбой.

III посещение.

1. Удаление временной пломбы.

2. Окончательное препарирование и пломбирование кариозной полости постоянной пломбой.

Лечение хронического обострившегося периодонтита.

По клинике обострившийся периодонтит очень похож на острый, поэтому лечение в первое посещение ничем не отличается от терапии острого периодонтита в стадии экссудации.

I посещение.

1. Обезболивание.

2. Обеспечение дренажа.

3. Советы пациенту и назначения на дом.

После того, как острые симптомы стихают, лечение проводится как при хронических периодонтитах.

Клиническую и рентгенологическую оценку отдаленных результатов консервативного лечения зубов с периодонтитами проводят вначале каждые 3-6 месяцев, а затем один раз в год до появления признаков полной регенерации. Лечение считается завершенным после исчезновения очага рентгенологического просветления и нормализации ширины периодонтальной щели. После этого дальнейшего проведения контрольных осмотров не требуется.

*Консервативно-хирургические методы лечения.*

К консервативно-хирургическим методам относятся:

1) резекция верхушки корня, или апексэктомия

2) короно-радикулярная сепарация

3) гемисекция и ампутация корня

4) реплантация

До проведения консервативно-хирургических методов лечения, проводится эндодонтическое лечение в проходимых каналах или проходимой части проблематичного канала.

**Резекция верхушки корня, или апексэктомия** - это удаление верхушки корня и патологических тканей, окружающих её. Показаниями к проведению апексэктомии являются деструктивные изменения костной ткани в области верхушки корня и невозможности запломбировать корневой канал из-за анатомического (искривление, резкое сужение) или механического (отлом инструмента, остатки цемента) препятствия. Противопоказания – острые и обострившиеся процессы, расположение корней вблизи гайморовой пазухи или ментального канала, деструкция альвеолы и подвижность зуба третьей степени, общесоматические тяжелые заболевания.

**Короно-радикулярная сепарация** – это разделение зуба на две части по бифуркации с последующим кюретажем в этой области и соединением двух сегментов зуба спаянными коронками. Используется при лечении нижних моляров, при наличии перфораций в области бифуркации.

**Гемисекция и ампутация корня** – гемисекция означает удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба. Её производят на нижних молярах и верхних премолярах. Ампутация корня – это удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части зуба. Производится на верхних молярах, чаще всего на медиальном щечном корне.

**Реплантация зубов** – это метод, когда удаленный, а затем запломбированный зуб помещают в свою же лунку.

*Хирургические методы лечения.*

Хирургический метод лечения периодонтитов - это удаление зуба, к которому прибегают при невозможности вылечить зуб консервативным или консервативно-хирургическими методами.

**Глава VI. Комплексный подход к лечению заболеваний периодонта.**

Учитывая совместную роль микроорганизмов, их токсинов и продуктов распада пульпы в развитии периодонтита, в лечении данной патологии целесообразно сочетанное применение кортикостероидов, антибиотиков и гидроксида кальция. Доксициклин является полусинтетическим антибиотиком группы тетрациклинов, ингибирует биосинтез белка на уровне рибосом, обладает широким спектром действия, активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Действует на стафилококки, стрептококки, кроме того, влияет на риккетсии, протей, микоплазму. Он изменяет микрофлору, меняет клиническую картину периодонта в сторону стабилизации процесса, замедляет воспалительную резорбцию костной ткани. Доксициклин эффективен по отношению к тем бактериям, которые проникают в толщу тканей периодонта. Поэтому использование доксициклина при апикальном периодонтите обосновано. Однако следует помнить, что использование только доксициклина недостаточно, важен комплексный подход.

Препарат триакорт, будучи глюкокортикоидом, ограничивает освобождение протеолитических ферментов из лизосом, препятствуя гибели клеток. Триакорт угнетает не только начальные признаки воспалительного процесса (расширение капилляров, отек, отложение фибрина, миграцию и активность фагоцитов), но и более поздние его проявления. Угнетение пролиферативных процессов нарушает образование воспалительного грануляционного вала, что может привести к распространению инфекции из очага воспаления. Поэтому при инфекционном процессе его применяют совместно с активными антибактериальными препаратами.

Препарат клотримазол является представителем группы имидазольных препаратов. Клотримазол эффективен против дрожжевых грибов, а антимикотический эффект достигается нарушением синтеза эргостерина, являющегося частью клеточной мембраны грибов, также препарат оказывает антибактериальное действие, направленное против стафилококков и стрептококков.

Гидроксид кальция обладает антимикробным действием, а также заживляющим и остеобластическим. Он запускает механизмы интеграции цементобластов, стимулируя образования «апикальной пробки», что в дальнейшем будет служить естественным биологическим барьером от тканей периодонта при обтурации корневых каналов. В корневом канале кальций- и гидроксил-ионы образуют различные соединения со свободными радикалами, доступными из периапекальных тканей, такими как фосфаты, сульфаты и карбонаты. Антибактериальный эффект зависит от поддержания высокой концентрации гидроксил-ионов и может снижаться по мере уменьшения количества препарата в корневом канале. Высокий уровень pH этого препарата, который определяет его щелочность, и является основополагающим фактором летальности микроорганизмов.

*Предложенный способ лечения периодонтита осуществляется следующим способом:*

После трепанации, экстирпации пульпы или остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 нм) канал, как обычно, промывают, очищают, а затем высушивают. Затем с помощью каналонаполнителя вводят в корневой канал в смеси триакорт, клотримазол, доксициклин и гидроксид кальция в соотношении 1:1:1:2 в дозе 0,1-0,5 г. на 10 – 15 дней, при этом лекарственную смесь размещают в корневом канале без выведения ее за апикальное отверстие. После этого канал пломбируют по общепринятой методике, предпочтительно с применением гуттаперчевых штифтов и метода латеральной конденсации.

*Клиническое исследование:* Применение данного способа лечения было апробировано у 100 пациентов. 50 больных составили контрольную группу, лечение которых производили традиционным методом.

54% пациентов контрольной группы в течение 4-5 дней ощущали боль при накусывании в области причинного зуба. Боль иногда усиливается при приеме пищи, особенно твердой. А у пациентов с начальными стадиями заболеваний периодонта – и дольше. Пациенты, у которых лечение осуществляли с помощью предложенного способа, на болезненные ощущения не жаловались. У 3 пациентов неудобства возникли лишь при приеме твердой пищи в течение первых 2-3 дней.

*Результаты:* При контрольном осмотре через год после пломбирования каналов у 6 (12%) пациентов контрольной группы выявлена слабоболезненная перкуссия. У 9 (18%) больных на контрольных рентгеновских снимках отмечены увеличение ширины периодонтальной щели и очаги разрежения костной ткани в апикальной части корней. У пациентов основной группы при контрольном осмотре через год после лечения с применением предложенного способа клиническая картина была более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

*Выводы*: Известно, что хроническое воспаление периодонта протекает на фоне существенного изменения местных защитных реакций как специфического, так и неспецифического характера. Компоненты специфической и неспецифической иммунной защиты полости рта действуют комплексно, создавая несколько путей иммунного ответа. Но при периодонтите происходит сбой в антибактериальном барьере полости рта. Лечение с помощью предложенного способа способствовало снижению напряжения факторов естественной резистентности и купированию воспалительного процесса, что свидетельствовало об устранении локальной иммунобиологической напряженности.

Сочетанное применение препаратов гидроксида кальция, триакорта, доксициклина и клотримазола, ранее не используемого в стоматологии, позволяет значительно снизить дозы и продолжительность курсов антибиотико- и гормонотерапии, увеличивает антимикробную активность, противовоспалительное действие, повышает эффективность лечения апикального периодонтита, снижает побочные действия.

Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, что данная смесь препаратов удобна для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению. Ее преимущества обеспечивают быстрое исчезновение боли, непосредственное противоотечное и противовоспалительное действие наряду с редукцией инфекции благодаря антибактериальному составляющему тетрациклину, спектр действия которого невозможно найти у других препаратов. Предложенная смесь препаратов обладает иммуносупрессивным действием, не нарушает пролиферативных процессов, а значит, обеспечивает регенерацию периодонта.

**Глава VII. Лечение хронического верхушечного периодонтита традиционным (медикаментозным) методом и с применением физических факторов воздействия на патологический очаг.**

Хронический верхушечный периодонтит является частой причиной развития хрониосепсиса, очагово-обусловленных заболеваний организма человека. При длительном бессимптомном течении хронического воспалительного процесса в околоверхушечных тканях формируется неполноценная соединительная ткань, что влияет на восстановительные процессы, нарушает опорно-удерживающую функцию зубов и приводит к их потере. В последние годы все чаще применяют новые способы в диагностике хронического верхушечного периодонтита: радиовизиографию, ортопантомограмную рентгенографию, определение порога возбудимости периодонта. Однако проведение измерения электровозбудимости верхушечного периодонта с эмали или устья каналов зубов не дает истинного состояния периодонта. Из немногочисленных работ известно, что в норме порог возбудимости периодонта равен 100 мкА, при патологии – 200–250 мкА.

*Клиническое исследование:* Обследовано 117 пациентов, которые были разделены на 3 группы: основную и две контрольные. В первой основной группе помимо традиционной обработки корневых каналов проводили светолечение 71 зуба с хроническим верхушечным периодонтитом у 60 пациентов. Во второй группе наряду с медикаментозным традиционным лечением использовали электрофорез 10 % раствора йодида калия у 32 пациентов в области 33 зубов. Третью группу составили 25 пациентов (41 зуб), у которых хронический верхушечный периодонтит лечили традиционным методом.

Для проведения светотерапии хронического верхушечного периодонтита изготовлено светодиодное устройство. Устройство повышает эффективность лечения при помощи введения оптического излучения его в канал корня зуба и непосредственно подведено к воспаленному периодонту. Имеются сменные гибкие оптические волокна разного диаметра и длины, соответствующие диаметру каналов корней зубов.

Электрофорез 10 % раствора йодида калия проводили по известной методике у 32 пациентов. Из каналов корней удаляли распад пульпы, каналы медикаментозно обрабатывали. В проходимую часть канала вводили ватные турунды, пропитанные раствором вводимого вещества. Активный электрод вводили в зуб, фиксировали с помощью липкого воска. Пассивный электрод закрепляли на предплечье пациента. При труднопроходимых каналах ватный тампон с лекарственным веществом накладывали на устье каналов корней. Время процедуры – 20 минут. После процедуры активный электрод извлекали из полости зуба. Зуб закрывали временной пломбой. В многокорневых зубах электрофорез имеет свои особенности: при наличии нескольких каналов ток будет идти по более широкому. Поэтому после проведения необходимого количества процедур хорошо проходимый канал корня изолировали ватным шариком, пропитанным липким воском, проводили процедуру на узкие каналы. При фиброзном периодонтите проводили 2 процедуры, при хроническом гранулирующем – 3–4.

До и после лечения определяли порог возбудимости периодонтита устройством. Электроодонтодиагностика была проведена у 145 зубов. Из них резцов и клыков было 44, премоляров – 36 и моляров – 65. Диагностировали хронический фиброзный периодонтит у 48 пациентов в области 56 зубов, хронический гранулирующий периодонтит – у 61 пациента в области 81 зуба, хронический грануломатозный периодонтит у 5 пациентов в области 8 зубов.

*Результаты:* При первичной диагностике у пациентов хронического фиброзного периодонтита порог возбудимости периодонта во всех исследуемых группах составлял 150–160 мкА. После светолечения этот показатель соответственно был 100– 120 мкА, после электрофореза йодида калия – 130 мкА, после традиционного метода лечения – 140 мкА.

У пациентов с хроническим гранулирующим периодонтитом эти показатели были следующие: до светолечения 180–190 мкА, после лечения – 100 мкА; до электрофореза – 180–190 мкА, после лечения – 110 мкА; до традиционного метода лечения – 180 мкА, после лечения – 160 мкА.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что проведенное лечение, независимо от методов, свидетельствует о благополучном результате первого этапа. Менее благополучные показатели электроодонтодиагностики были после проведения традиционного метода. По стандартам ВОЗ окончательный исход эндодонтического лечения определяется через 24 месяца после его проведения. В сроки до двух лет можно судить о динамике процесса восстановления костной ткани в очаге деструкции. Учитывая, что восстановление околоверхушечной ткани происходит в течение 1,5–2 лет, необходимо наблюдение этого процесса.

Спустя 6 месяцев после лечения обследованы в основной группе 37 пациентов (42 зуба). Из них в области 9 зубов патологический очаг на рентгенограмме не обнаружен, в области 26 зубов он уменьшился и в области 7 зубов – остался без изменений. Через год обследовано 26 пациентов (28 зубов). Из них не обнаружен патологический очаг в области 16 зубов, уменьшился в размере очаг в области 10 зубов, изменения не обнаружены в области 1 зуба. Патологический очаг увеличился только в одном случае, который можно объяснить тем, что ранее данный зуб лечен резорцин-формалиновым методом.

В группе пациентов, получавших электрофорез, через 6 месяцев от начала лечения обследованы 18 пациентов (20 зубов). Восстановление костной ткани после проведения электрофореза наблюдали у 4 пациентов, уменьшился патологический очаг в области 6 зубов, без изменения остался патологический очаг в области 9 зубов, увеличился очаг в одном случае. Через год обследованы 17 пациентов (19 зубов). Патологический очаг не обнаружен в области 7 зубов, уменьшился – в области 7 зубов, остался без изменения – в области 4 зубов, увеличился – в области 1 зуба.

При использовании только традиционного метода лечения через 6 месяцев от начала лечения из 14 пациентов (20 зубов) очаг уменьшился в 3 случаях и остался без изменения у 17 пациентов. Спустя 12 месяцев у 13 пациентов (18 зубов) не обнаружен патологический очаг в области 5 зубов, он уменьшился соответственно в области 10 зубов и остался без изменения в 3 случаях.

*Выводы:* Восстановление костной ткани наиболее интенсивно протекает после проведения светолечения. Сокращается срок регенерации костной ткани и улучшаются отдаленные результаты лечения. Наименее эффективной оказалась традиционная медикаментозная терапия без применения дополнительных физических факторов воздействия на периапикальный очаг.

**Заключение.**

При лечении периодонтита следует использовать весь комплекс доступных лечебных средств - медикаментозных и физиотерапевтических. Наиболее эффективна лазеротерапия (ИГНЛ) и магнитотерапия (НИСМЭМП). Результаты лечения периодонтита определяет полноценная обтурация корневого канала и уровень неспецифической резистентности организма больного. Клиническая форма периодонтита в меньшей степени влияет на исход лечения. Вопрос о необходимости радикального лечения очага периапикальной деструкции (применение одного из методов одонтопластики или удаление зуба) следует решать через 6 - 8 мес. динамического наблюдения за состоянием тканей периодонта по данным рентгенографии, после качественного пломбирования корневого канала.

**Список литературы.**

1. Балин, В. Н. «Практическая периодонтология» / В. Н. Балин, А. К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский. - СПб. : Питер : Питер пресс, 1995.

– 275 с.

2. Бер, Р. «Эндодонтология» / Р. Бер, М. Бауманн, С. Ким ; пер. с англ ; под общ. ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 368 с. : ил.

3. Дмитриева, Л.А., «[Терапевтическая стоматология](http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434765.html): национальное руководство» / под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 888 с.

4.Коэн, С. «Эндодонтия» / С. Коэн, Р. Бэрнс – СПб.: «Мир и семья», Санкт-Петербург, 2000 г.- 693 с.

5. Маланьин, И.В. «Клиника, диагностика и лечение эндодонтических и пародонтологических патологий» / И.В. Маланьин; – Монография. Издательский дом «Плехановец». Краснодар, 2005. – 436 с.

6. Маланьин, И.В. «Клиническая периодонтология. Учебник.» / И.В. Маланьин; – Издательский дом «Плехановец». Краснодар, 2006, - 454 с.

7. Маланьин, И.В., Павлович, О.А. «Руководство по фармакологии в эндодонтии» / И.В. Маланьин, О.А. Павлович; – Издательский дом «Плехановец». Краснодар, 2006, – 112 с.

8. Ефанов, О.И. «Физиотерапия стоматологических заболеваний» / О.И. Ефанов, А.Д. Джафарова. – М. : Медицина, 1980 – 296 с.

9. Зорина, В.В., Ананьева, В.А., Ширшикова, А.А., Нарбекова, К.А., Халтурина, О.А. «Причины возникновения периодонтита» // В.В. Зорина, В.А. Ананьева, А.А. Ширшикова, К.А. Нарбекова, О.А. Халтурина; – Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 1.

10. Кожокеева, В.А., Куттубаева, К.Б., Эргешов, С.М. «Периодонтит: клиника, диагностика, лечение. Учеб. пособие» / В.А. Кожокеева, К.Б. Куттубаева, С.М. Эргешов и др. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. – 102 с.

11. Волков, Е.А., Янушевич, О.О. «Терапевтическая стоматология. Болезни зубов: учебник: в 3 ч.» / Под ред. Е.А. Волкова, О.О. Янушевича. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2013 - Ч.1. - 168 с.