

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**Хронический гранулематозный периодонтит. Клиника,
диагностика ,дифференциальная диагностика , лечение.**

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология
терапевтическая»
Бабаян Мариам Карленовна
рецензент к.м.н. Левенец О.А.

Красноярск, 2019

Содержание

Введение	3
Периодонтит	4
Заключение	27
Список литературы	28

Введение

Периодонтит - это крайний вариант осложненного кариеса, когда распадается нерв и поражается связка, удерживающая зуб в челюсти. Зуб становится подвижным, как бы выросшим, болит при малейшем прикосновении. Температура тела повышается. Если периодонтит протекает без боли, то происходит рассасывание кости вокруг корня, образуется гранулема (мешочек на верхушке корня зуба), киста (большая полость), которые требуют серьезного лечения не только из-за сохранения зуба, но и для того, чтобы прекратить отравление организма продуктами распада собственных тканей. Если зубов, пораженных периодонтитом, у человека несколько, развиваются осложнения во внутренних органах: почках (гломерулонефрит), сердце (ревматизм), суставах (ревматизм). Зуб раскрывают, каналы обрабатывают специальными иглами, антисептиками, ультразвуком. Лечение периодонтита проводится многоэтапное, поскольку задачи перед врачом стоят весьма серьезные.

Актуальность

Проблема хронического гранулематозного периодонтита является чрезвычайно актуальной, о чем свидетельствуют многочисленные публикации российских и зарубежных ученых, доклады на различных конгрессах, конференциях и съездах, а главное – увеличение количества и удельного веса больных. За последние десятилетия в терапевтической стоматологии сформировалась схема комплексного лечения данного заболевания.

Периодонтит — это воспаление периодонта, характеризующееся нарушением целостности связок, удерживающих зуб в альвеоле, кортикальной пластинки кости, окружающей зуб и резорбции костной ткани от незначительных размеров до образования кист больших размеров.

Классификация периодонтитов.

По этиологическому фактору периодонтиты делятся на:

1. Инфекционные.
2. Неинфекционные:
 - а) травматические;
 - б) токсические;
 - в) аллергические;
 - г) медикаментозные.

По течению, согласно классификации М.И. Грошикова (1964г.), периодонтиты делят на:

1. Острый периодонтит.
 - а) острый серозный верхушечный периодонтит;
 - б) острый гнойный верхушечный периодонтит;
2. Хронический периодонтит.
 - а) хронический верхушечный фиброзный периодонтит;
 - б) хронический верхушечный гранулирующий периодонтит;
 - в) хронический верхушечный гранулёматозный периодонтит;
 - г) кистогранулёма;
 - д) корневая киста.
3. Хронический периодонтит в стадии обострения.

Всемирная организация здравоохранения в международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10 (1997 г.) рекомендует пользоваться следующей классификацией патологии периодонта:

К 04.4. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения (острый апикальный периодонтит).

К 04.5. Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема).

К 04.6. Периапикальный абсцесс со свищом:

имеющий сообщение (свищ) с верхнечелюстной пазухой;

имеющий сообщение с носовой полостью;

имеющий сообщение с полостью рта;

имеющий сообщение с кожей;

периапикальный абсцесс со свищом, неуточненный.

К 04.7. Периапикальный абсцесс без свища.

К 04.8. Корневая киста (апикальноприодонтальная, периапикальная):

К 04.80. апикальная и боковая;

К 04.81. остаточная;

К 04.82. воспалительная пародонтальная;

К 04.89. корневая киста, неуточненная.

Хронический гранулематозный периодонтит

При хроническом гранулематозном периодонтите больные обычно жалоб не предъявляют. Чаще они жалуются на болезненность пальпации десны в области проекции верхушки корня поражённого зуба, припухлость десны. В анамнезе отмечаются боли, проходящие после лечения или самостоятельно.

При осмотре выявляется изменение цвета коронки поражённого зуба и значительное разрушение коронковой части её эмали.

Зондирование корневых каналов безболезненно. Перкуссия зуба (вертикальная) может быть умеренно болезненна, при этом возможно наличие симптома «дрожания корня» (Heuser), ощущаемого указательным пальцем у верхушки корня зуба при перкуссии. При этой форме периодонтита также могут наблюдаться свищи на слизистой оболочке в области проекции верхушки корня поражённого зуба. Наличие свища указывает на резорбцию костной стенки альвеолы поражённого зуба, через которую происходит периодическая эвакуация содержимого гранулёмы. Десна обычно не изменена или слегка отёчна. Электроодонтометрия в пределах 100 мкА.

Рентгенологически хронический гранулематозный периодонтит проявляется чётким ограниченным просветлением в области верхушки поражённого зуба. В участке просветления костная структура челюсти не сохранена. Очертания просветления могут быть различной величины – от небольших размеров до 5 – 7 мм. Они обычно правильной округлой или слегка продолговатой формы. В случае нагноения патологического очага его очертания становятся менее чёткими, переходящими в узкие полоски с нарушением структуры костных балок.

Морфологически различают простые и сложные (эпителиальные) гранулёмы и кистогранулёмы. Простая гранулёма макроскопически представляет собой узелок серо-розового цвета, плотно спаянный фиброзной тканью с верхушкой корня зуба. Гистологически она состоит из грануляционной ткани, по периферии располагается фиброзная ткань в виде плотной капсулы.

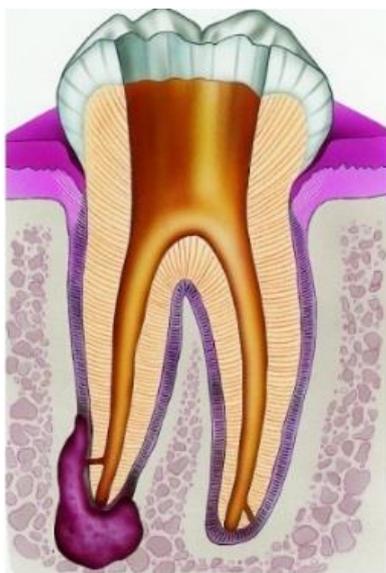


Рисунок №2 – гранулематозный периодонтит.

Сложная (эпителиальная) гранулёма макроскопически имеет такой же вид, что и простая гранулёма. При гистологическом исследовании сложная гранулёма состоит из грануляционной и эпителиальной ткани (плоский эпителий), последняя в разных направлениях тяжами пронизывает грануляционную ткань.

Кистогранулёмы развиваются из сложных гранулём. В центре эпителиальных тяжей гранулёмы происходит распад эпителиальных клеток с развитием мелких щелевидных просветов, при слиянии которых сначала образуется полость. По периферии кистогранулёмы идёт развитие фиброзной ткани. Постепенное увеличение полости кистогранулёмы приводит к возникновению околокорневой кисты.

Околокорневые (радикулярные) кисты являются последним этапом развития хронического периодонтита. Обычно больные не предъявляют жалоб на боли. Лишь при развитии околокорневых кист больших размеров появляются жалобы на деформацию альвеолярного отростка челюсти, смещение зубов.

При объективном обследовании выявляется изменение цвета коронки зуба и её разрушение кариозным процессом, безболезненное зондирование каналов корней зуба, при котором может выделяться желтоватая жидкость. Перкуссия причинного зуба может вызывать неприятные ощущения, но обычно безболезненна. При этом возможны деформация альвеолярного отростка и смещение зубов, соседствующих с причинным. При пальпации области деформации альвеолярного отростка выявляется симптом «пергаментного хруста» (симптом Рунге – Дюпюитрена) или симптом резиновой либо пластмассовой игрушки (Бернадский Ю.И., 1966 г.), то есть пружинность стенки. Электроодонтометрия причинного зуба около 100 мкА. Если пульпа соседних зубов подверглась некрозу, то их электроодонтометрия также в пределах 100 мкА. При отсутствии некроза пульпы их электровозбудимость снижается вследствие сдавления сосудисто-нервного пучка (Татаринцев К.И., 1972 г.).

На рентгенограмме околокорневая киста проецируется в виде очага просветления округлой или овальной формы с чёткими контурами, в диаметре превышающими 7 – 10 мм. Очаг просветления всегда имеет ободок в виде тонкой полоски затемнения, окаймляющей контуры кисты, анатомической основой которой является уплотнившаяся костная ткань. При нагноении кисты чёткость её контуров нарушается, они становятся «размытыми».

Морфологически киста представляет осумкованную полость, внутренняя поверхность которой выстлана многослойным плоским эпителием эпидермального типа, расположенного в 4 – 12 рядов. Эпителий часто образует вегетации с образованием широкой петливой сети. Подлежащая ткань состоит из волокнистой соединительной ткани с концентрическим расположением волокон.

Полость кисты содержит прозрачную желтоватую жидкость с кристаллами холестерина. Капсула кисты содержит значительное количество нервных волокон.

Дифференциальная диагностика .

Дифференциальная диагностика хронических форм периодонтита основывается главным образом на рентгенологической картине. По клиническим признакам (свищевые ходы, рубцовые изменения на десне и др.) удаётся выделить лишь хронический гранулирующий периодонтит. При этой форме периодонтита в отдельных случаях, когда продвижение корневой иглы или пульпоэкстрактора в верхушечную часть корня вызывает болезненность, а иногда и кровоточивость, возникает необходимость исключить воспаление корневой пульпы.

Обострения хронического периодонтита. Длительное существование в тканях зуба и периодонта хронического инфекционно-воспалительного очага очень часто приводит к обострению процесса. Это происходит под действием различных факторов, которые изменяют характер течения хронического воспаления.

Как ранее отмечалось, очаг хронического воспаления в периодонте выполняет роль полупроницаемой мембраны и способствует установлению равновесия между одонтогенной инфекцией и организмом больного. При снижении иммунной резистентности организма больного происходит нарушение этого равновесия в пользу микроорганизмов, что и приводит к обострению периодонтита. Это обстоятельство может наблюдаться при развитии острых инфекционных заболеваний (грипп, ОРВИ, ангина и др.), переохлаждении, ультрафиолетовом облучении, стрессах и многих других патологических процессах, которые вызывают нарушение эндокринного и иммунного гомеостаза макроорганизма, обострение протекает так же, как и острые периодонтиты, однако очень часто значительно быстрее.

Кроме того, обострение хронических периодонтитов патогенетически и клинически протекает легче. В частности, образование свища при обострении хронических периодонтитов может происходить от нескольких часов до суток, в то время как при острых гнойных периодонтитах свищ образуется обычно за несколько суток. Это обусловлено следующими причинами. Длительное существование хронического очага инфекции приводит к дистрофическим изменениям окружающих тканей. В частности, при хронических периодонтитах отмечается частичная резорбция кортикальной пластинки лунки зуба. Это приводит к тому, что экссудат легко проходит через костномозговые пространства альвеолы под надкостницу и в мягкие ткани десны.

Поэтому повышенное давление, создаваемое экссудатом в периодонте, будет меньше и короче по времени, что облегчает болевой синдром при обострении хронических периодонтитов. Вторая причина более быстрого течения воспаления заключается в сенсibilизации организма к персистирующему инфекционному агенту. Поэтому более активно, чем при первичном контакте с повреждающим фактором, протекают реакции со стороны иммунной системы, в том числе лейкоцитов и макрофагов. Чрезмерная иммунная реакция и большая скорость распространения экссудата приводят к значительному повреждению тканей периодонта и выраженной интоксикации. Макроскопическая картина в основном соответствует одной из форм хронического периодонтита, однако ткани становятся более тусклыми и отечными, с очагами кровоизлияний. Для лечения периодонтитов применяют традиционные методы консервативного (медикаментозное и физиотерапевтическое) и хирургического лечения, и их сочетания.

Показания к консервативному лечению зубов по поводу периодонтита:

- острые и хронические периодонтиты однокорневых зубов с хорошо проходимыми каналами корней при отсутствии значительных изменений в периапикальных тканях (гранулёма, киста).
- острые и хронические периодонтиты многокорневых зубов с хорошо проходимыми каналами небных корней зубов верхней челюсти и дистальных корней зубов нижней челюсти при отсутствии значительных изменений в периапикальных тканях.

Противопоказания к консервативному лечению:

- периодонтиты зубов с непроходимыми каналами корней при наличии стойких жалоб у больного;
- периодонтиты при наличии выраженных изменений в периапикальных тканях (кистогранулёма, киста и др.);
- периодонтиты при консервативном неэффективном лечении, главным образом зубы, «не выдерживающие герметизма»;
- Периодонтиты зубов с подвижностью II-IV степени при выраженной атрофии альвеолярной дуги челюсти на уровне причинного зуба;
- периодонтиты, при которых периапикальный очаг хронического воспаления по протяжению связан с зубодесневым карманом (пародонтит).
- периодонтиты зубов, когда не исключена связь одонтогенного воспалительного очага с острым, подострым и хроническим септическим состоянием больного, аутоаллергическими и «очаговообусловленными» заболеваниями;
- периодонтиты зубов с непроходимыми каналами их корней при часто повторяющихся обострениях периапикального воспалительного процесса;

- околокорневые кисты зубов с вовлечением в патологический процесс корней нескольких зубов;
- периодонтиты зубов с перфорацией корня или полости зуба.

Техника и методика лечения периодонтитов разнообразны и изменяются в зависимости от формы и стадии заболевания, общего состояния организма пациента (возраст, сопутствующие заболевания, неспецифическая резистентность организма) и других факторов.

Лечение .

Выделяют следующие основные этапы лечения периодонтитов:

1. Предварительное рентгенологическое обследование.
2. Местное обезболивание (если есть в этом необходимость).
3. Изоляция зуба.
4. Препаровка кариозной полости (подготовка кариозной полости к эндодонтическому лечению).

1. Создание доступа к устьям канала.
2. Эвакуация гнилостных масс под ванночкой из антисептика.
3. Определение рабочей длины канала.
4. Инструментальная обработка корневого канала.
5. Медикаментозная обработка корневого канала.
6. Пломбирование корневого канала.
7. Рентгенологическое исследование запломбированного канала.
8. Пломбирование полости зуба (временная или постоянная пломба).

Цель подготовки кариозной полости к эндодонтическому лечению заключается в создании широкого и удобного доступа инструмента к полости зуба, с целью предотвращения поломок эндодонтических инструментов в каналах корней зубов при большом их искривлении. Одонтопрепарирование для вскрытия полости зуба осуществляют с помощью алмазных или твёрдосплавных боров при больших скоростях бормашины.

Окончательное вскрытие полости зуба также выполняют шаровидным бором, но на малых скоростях, обеспечивая движение бора по направлению полости зуба – кариозная полость, стараясь удалить нависающие края эмали и дентина и обеспечить тем самым свободный (прямой) доступ к каналу корня зуба.

Удаление гнилых масс из канала корня зуба проводят стерильным пульпэкстрактором порциями «под ванночкой из антисептика», с соблюдением всех правил антисептики. Для этого пульпэкстрактор вводят в канал корня зуба на 1/3 его длины и удаляют распад пульпы из этой части канала. Пульпэкстрактор тщательно промывают в тигельке с 3% р-ром перекиси водорода, после этого вводят в канал на 2/3 его длины и тщательно удаляют распад пульпы. Оставшаяся часть канала корня зуба до его верхушки обрабатывается аналогично. При обработке канала в области верхушечного отверстия необходимо исключить возможность проталкивания части распада пульпы за верхушку корня зуба.

Инструментальная обработка канала корня зуба преследует следующие задачи:

- прохождение канала корня до верхушечного отверстия;
- удаление размягчённого инфицированного дентина стенок канала;
- расширение канала корня и придание ему формы, удобной для пломбирования.

На данном этапе используют следующие эндодонтические инструменты: корневые рашпили (для удаления размягчённого дентина), дрельборы (для прохождения и расширения каналов корней зубов), буравы (для прохождения и расширения каналов, сглаживания их стенок), развёртки и эндодонтические боры (для расширения канала в области средней и коронковой двух третей его длины).

В большинстве случаев механическую обработку канала корня зуба производят вручную, применение машинных дрельборов ограничено из-за частых осложнений (поломка инструмента, перфорация стенки корня). Обязательным условием их использования является наличие специального эндодонтического углового наконечника, обеспечивающего низкую скорость вращения инструмента.

В последние годы за рубежом большое распространение получила механическая обработка канала корня зуба с помощью звуковых (частота колебаний 1500 – 8000 Гц) и ультразвуковых (более 20000 Гц) вибрационных аппаратов.

Медикаментозная обработка каналов корней зубов предусматривает воздействие на очаг воспаления непосредственно в периодонте. С этой целью промывают каналы растворами лекарственных веществ, выводят за верхушку корня лечебные пасты, а также оставляют на различные сроки в канале корня либо в полости зуба ватную турунду, пропитанную тем или другим лекарственным веществом (обычно с наложением временной дентинной повязки). Для этих целей в настоящее время обычно рекомендуют нежно-действующие антисептические и антимикробные препараты, вещества, угнетающие рост грануляционной ткани, а также медикаментозные средства, обладающие пластикостимулирующим, иммуномодулирующим и регенераторным действием.

Консервативное лечение периодонтита завершается пломбированием каналов корней зубов с целью изоляции периодонта от возможного проникновения микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности через верхушечное отверстие и боковые каналы. Именно качеством выполнения данного этапа определяется исход лечения.

Заверхушечная терапия, направленная на устранение околоверхушечного очага, предусматривает купирование воспалительного процесса, разрушение эпителиальной и грануляционной ткани, стимуляцию репаративных процессов. В зависимости от назначения заверхушечной терапии используются различные средства. Основные виды воздействия на заверхушечный очаг хронического воспаления: медикаментозный и физиотерапевтический.

1. Медикаментозное воздействие на околоверхушечные ткани не может рассматриваться в отрыве от медикаментозной обработки стенок инфицированного канала. Для этой цели предлагалось использовать хлорамин, хлорацид, хлор-фенол-камфору, растворы азотнокислого серебра, йод и др. Многие авторы предлагали воздействовать на хронический очаг инфекции, вводя антибиотики через просвет корневого канала, в переходную складку в виде инъекций и путём электрофореза. Однако опыт последних лет не даёт оснований безоговорочно рекомендовать антибиотики для лечения заболеваний околоверхушечных тканей (устойчивость микроорганизмов к влиянию антибиотиков, аллергизирующее их действие). Использование их уместно только при острых и обострившихся формах периодонтитов.

2. В качестве физического воздействия на ткани периодонта используют диатермию, токи ультравысокой частоты и ионофорез. Несмотря на различные мнения о дезинфицирующем действии диатермического тока, имеющиеся сообщения свидетельствуют о благоприятных результатах его применения в клинике.

Влияние УВЧ-терапии на восстановительные процессы в периодонте изучалось многими авторами, и было установлено, что отдалённые результаты лечения не связаны с действием токов УВЧ, а находится в прямой зависимости от качества пломбирования каналов и общего состояния организма.

Наиболее старым и более распространённым методом физического воздействия на ткани периодонта является ионогальванизация, при которой ионы вводятся в недоступные отрезки корневого канала и заверхушечную область гальваническим током. Данный вид лечения в нашей стране получил распространение после публикации работ Л.Р. Рубина (1951, 1955), использовавшего раствор Люголя для ионофореза. Этот метод активно используется при лечении зубов с недоступными механической обработке корневыми каналами.

Анализ современной литературы позволяет рассматривать физические методы как вспомогательное звено, а исход лечения зависит полностью от качества obturации канала.

При лечении периапикальных воспалительных процессов определенное значение придаётся физиотерапевтическим средствам. После проведения механической и медикаментозной обработки корневого канала корня зуба, с целью противовоспалительного и анальгезирующего действия назначают: электрофорез, местную дарсонвализацию, ультразвуковую или микроволновую лазеротерапию и т.п.

Следует учитывать противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, к которым относятся:

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации.
2. Туберкулёз в активной фазе.
3. Заболевания крови и кроветворных органов.
4. Подозрение или наличие злокачественных новообразований.
5. Сахарный диабет.
6. Индивидуальная непереносимость физического агента или лекарственного вещества (при электрофорезе и т. п.).

При применении метода электрофореза достигается одновременное воздействие на ткани постоянного тока и лекарственного вещества, выведенного с его помощью. Обычно в эндодонтии применяют трансканальный электрофорез 10 % водного раствора калия йодида, 1 % раствора трипсина, 1 % раствора декаметоксина, 30 % водного раствора серебра нитрата и др. Для лечения хронических периодонтитов многокорневых зубов с плохо проходимыми каналами применяют электрофорез меди, стронция, цинка (Левицкая Е. В. и др., 1973). для усиления электрофоретического переноса используют электрофорез лекарственных средств с димексидом. При этом в димексиде растворяется 1 доза лекарственного вещества, отпускаемая на лечебную процедуру. Общий объём раствора – 0,2-1,5 мл. наибольший перенос его осуществляется с анода. Если при хроническом периодонтите на десне функционирует свищ, то необходимо проводить электрофорез, накладывая индифферентный электрод по переходной складке, чтобы добиться быстрого закрытия свища (Ефанов О. Е., Дзанагова Т. Ф., 1980). Целесообразно ежедневное проведение процедур, так как введённое вещество депонируется в тканях периодонта на срок до 24 часов, а затем его количество резко снижается (Миронова В.В., 1978). Количество процедур колеблется от 4 до 10. для электрофореза используются гальванические аппараты типа АГН или стоматологические ГР-1, ГР-2, «Ионофоратор», «Поток-1».

Токи Дарсонваля (переменный ток частотой 100 – 300 кГц, напряжением 20 кВ, силой 0,02 мА) действуют раздражающе на различные рецепторы, вызывая рефлекторным путём местную реакцию: нормализацию микроциркуляции, улучшение обменных процессов, оптимизацию репаративных процессов в тканях, а также повышение неспецифического иммунитета. Лечение проводят с помощью аппарата «Искра-1» при наложении электрода на слизистую оболочку.

Длительность процедуры 8 минут, курсом 2-4 процедуры, которые можно проводить через день.

Электрическое поле ультравысокой частоты (ЭП УВЧ) особенно широко используется для лечения периодонтитов. Этот метод физического воздействия основан на использовании переменного электрического поля ультравысокой частоты (40,68 МГц). Действующим фактором при УВЧ-терапии в основном является электромагнитное поле, образующееся между пластинами конденсатора терапевтического контура. Эффект от УВЧ-терапии обусловлен эндогенным теплообразованием, нормализацией микроциркуляции и тканевого обмена, дегидратацией тканей в очаге воспаления, оптимизацией иммунобиологических и регенераторных процессов. Для УВЧ-терапии используют аппараты УВЧ-30, УВЧ-66, «Минитерм» и др. Время процедуры 10 минут. На курс назначают 3 – 5 процедур. В последние годы разработана методика внутриканальной УВЧ-терапии.

Микроволновая (СВЧ) терапия предусматривает использование для лечения переменного электромагнитного поля сверхвысокой частоты. СВЧ-терапия обладает выраженным противовоспалительным и обезболивающим действием, поэтому широко используется при лечении острых и обострившихся хронических периодонтитов. Процедуры, продолжительностью 8 минут (на курс – до 8 процедур), проводят ежедневно с помощью аппарата «Луч-2».

Ультразвуковая терапия заключается в воздействии на ткани упругих колебаний и волн, частота которых не превышает 20 кГц. Ультразвук обладает разволокняющим действием на рубцово-изменённую ткань, рассасывающим действием на инфильтраты, отчётливо выраженным болеутоляющим действием и др., поэтому его чаще применяют при острых формах периодонтитов или хронических в стадии обострения. Время процедуры – 10 минут. На курс назначают 8 – 10 процедур

Известно свойство ультразвука улучшать адсорбцию лекарственных веществ - ультрафонофорез. Поэтому при хронических периодонтитах можно использовать трансканальный ультрафонофорез с 2 % настойкой йода до трёх процедур.

Флюктуоризация – применение с лечебной целью синусоидального переменного тока, беспорядочно меняющегося по амплитуде и частоте в пределах 100 – 2000 Гц. Эти токи обладают выраженным противовоспалительным и обезболивающим действием. Используют их при периодонтитах и для купирования постпломбировочных болей. Лечение проводят в течение 5 – 8 дней на аппарате АСБ – 2. время процедуры 15 – 20 минут.

Диатермокоагуляция и диатермия – применение переменного электрического тока высокой частоты (1 – 2 МГц), небольшого напряжения (20 – 30 В), мощности (10 Вт), большой силы (60 – 80 мА) с лечебной целью. Для лечения периодонтита применяют внутриканальную диатермокоагуляцию и диатермию при помощи аппарата ДКС – 24. осуществляют дробную коагуляцию содержимого канала корня зуба при силе тока 60 мА: в области верхней трети канала корня зуба, на середине его длины и на уровне верхушки корня. Продолжительность одной фазы коагуляции соответственно 3, 2 и 1с.

Диатермию осуществляют непосредственно перед пломбированием канала корня зуба. Для этого уменьшают силу тока (до 40 мА) и увеличивают продолжительность процедуры до 8 с, причём электрод вводят на всю длину канала корня зуба. Использование диатермокоагуляции и диатермии при лечении периодонтитов позволяет в 85 % случаев обеспечить стерильность каналов корней зубов. Кроме того, диатермия улучшает микроциркуляцию в периодонте, обеспечивает глубокое прогревание тканей, улучшает обменные процессы, повышает

неспецифический иммунитет, оптимизирует процессы регенерации, нормализует возбудимость нервных окончаний периодонта.

Лазертерапию проводят с помощью излучений гелий – неоновых лазеров в течение 1,5 – 2 минут на область проекции верхушки корня зуба при воздействии на 4 – 6 полей. При проходимых каналах с помощью световода лазерное излучение подаётся на периодонт. Для снятия болей после проведённого лечения периодонтита можно воздействовать лазерным излучением на точки акупунктуры, обычно используемые при лечении зубов верхней и нижней челюстей.

Для снятия болевого синдрома при периодонтитах, уменьшение воспалительной реакции в периодонте, а также для оптимизации регенераторных процессов в слизистой оболочке полости рта и остеорегенерации после оперативных методов лечения используют магнитотерапию постоянным магнитным полем. Для этого на область верхушки корня зуба со стороны преддверия полости рта на 10 – 15 минут накладывают эластичный магнитный аппликатор с напряжённостью поля 35 – 40 мТ. На курс назначают 10 – 15 процедур, которые можно проводить по 1 – 2 раза в день.

Эффективность консервативного лечения больных с хроническим периодонтитом следует проверять через 6-12 мес. При увеличении очага деструкции показано консервативно-хирургическое лечение или удаление зуба.

Консервативно-хирургические методы лечения больных с периодонтитом .

К таким консервативно-хирургическим методам относятся: резекция верхушки корня, ампутация корня или корней, гемисекция, коронорадикулярная сепарация и реплантация зубов.

Выделяют три группы *показаний* к радикальному лечению постоянных зубов с хроническими периодонтитами.

1. *Соматические показания.* Применение радикальных методов по ликвидации хронических очагов одонтогенной инфекции относится к важнейшим мероприятиям по профилактике обострению соматических заболеваний. Только консервативная терапия, не обеспечивающая полной санации одонтогенных очагов у пациентов с соматическими заболеваниями, недостаточна для поддержания оптимального уровня здоровья.

2. *Неэффективность консервативного лечения.* Причины могут заключаться в погрешностях эндодонтического лечения, снижении реактивности организма больного. Возможны также сенсibilизация к пломбировочному материалу или его сильное и длительное раздражающее действие. Показанием к консервативно-хирургическим методам служит отсутствие регенерации костной ткани в околоверхушечном патологическом очаге за срок более 12 мес после консервативного лечения.

3. *Сложность или невозможность консервативного лечения в случаях:* поражения фуркации, перфорации дна полости зуба или корней, недостаточной obturации канала (каналов) твердеющим пломбировочным материалом (цемент), облитерации канала, дентиклей, дентинных мостов, наличия в канале отломка эндодонтического инструмента, особенно выходящего за верхушку корня, головки бора, добавочных корней, недоступных для пломбирования каналов (с углом изгиба более 50°), чрезмерного выведения пломбировочного материала за верхушку корня, поражения кариесом коронки и корня моляра, при котором дальнейшее восстановление этих частей невозможно, ретроградного инфицирования соседних зубов, обширных очагов резорбции костной ткани.

Общие противопоказания к проведению консервативно-хирургических методов лечения больных с хроническим периодонтитом: тяжелые сопутствующие заболевания, психические заболевания, эмоционально лабильные пациенты.

Местные противопоказания: значительное разрушение зуба и невозможность его восстановления путем пломбирования или протезирования.

Консервативно-хирургические методы лечения включают следующие этапы:

1. Терапевтическое лечение с тщательной инструментальной и трансканальной медикаментозной обработкой корневых каналов. Для пломбирования корневых каналов резцов и премоляров можно применять эвгеноловую, а для моляров - резорцин-формалиновую пасту. Анатомическую форму зуба восстанавливают амальгамой или композиционными материалами.

2. Хирургическое лечение заключается в проведении одной из перечисленных выше операций. При необходимости осуществляют шинирование.

3. Ортопедическое лечение осуществляют через 4-5 нед после операции. Применяют культовые вкладки, коронки. Анатомическая форма коронки может быть восстановлена наложением пломбы.

После проведения консервативно-хирургических методов показаны физиотерапевтические процедуры для снятия болей, уменьшения послеоперационных воспалительных явлений и стимулирования восстановительных процессов в костной ткани. Воспалительные явления, проявляющиеся болью, отеком, гиперемией слизистой оболочки в области операции, полностью исчезают на 5-6-е сутки.

Проводят динамическое рентгеновское наблюдение. Восстановление костной ткани происходит в сроки от 3 до 11-12 мес. Быстрее всего костная ткань образуется в окружности однокорневых зубов.

Хирургические методы лечения больных с периодонтитом

К хирургическим методам лечения больных с периодонтитом относят удаление зуба, не подлежащего лечению, и вскрытие гнойных очагов в окружающих тканях (гнойный лимфаденит, абсцесс, гнойный периостит).

Показанием к удалению постоянного зуба, пораженного периодонтитом, служит полное разрушение коронки и невозможность провести терапевтическое или консервативно-хирургическое лечение.

Препарирование корневого канала значительно уменьшает количество микроорганизмов, однако оставшиеся в канале сохраняют свою способность к размножению. Механически бывает невозможно полностью очистить все внутренние поверхности корневого канала: всегда остаются необработанными участки различной протяженности, содержащие остатки мягкой ткани и микроорганизмы. Через дентинные каналы и апикальные отверстия патогенные микроорганизмы проникают в периодонт, где участвуют в деструкции соединительной ткани и нарушении процессов остеогенеза. Более того, во время препарирования на поверхности дентина формируется так называемый "смазанный слой". Он состоит из органических (остатки пульпы, микроорганизмы) и неорганических (дентинные опилки) компонентов, которые спрессовываются на стенке корневого канала. "Смазанный слой" имеет аморфное гранулярное строение и является одним из путей проникновения микроорганизмов и средой для их размножения. "Смазанный слой" уменьшает просвет корневого канала, закрывает инфицированные дентинные каналы для доступа антисептиков, что не позволяет полностью санировать очаг инфекции и может служить источником вторичного инфицирования периапикальных тканей.

Присутствие "смазанного слоя" снижает эффективность лечения корневых каналов. Медикаментозная обработка канала благодаря физическому, химическому и биологическому действию обеспечивает:

- удаление дентинных опилок, предотвращает блокирование канала;
- смазку эндодонтических инструментов;
- растворение органического и неорганического содержимого корневого канала;
- дезинфекцию корневого канала;
- отбеливание твердых тканей коронки и корня зуба.

Медикаментозная обработка корневых каналов должна проводиться ЛС, обладающими следующими свойствами:

- бактерицидным и бактериостатическим эффектами;
- десенсибилизирующим действием;
- не вызывать появления резистентных форм микроорганизмов;
- оказывать быстрое действие и глубоко проникать в дентинные каналы;
- не терять эффективность в присутствии органических веществ;
- быть химически стойкими и сохранять это свойство при продолжительном хранении;
- способствовать регенерации и быть толерантными тканям периодонта.
- подавлять грануляционную ткань и стимулировать процесс регенерации костной ткани в периапикальном очаге

Обычно медикаментозные препараты, вводят в корневой канал до верхушечного отверстия, однако в некоторых клинических ситуациях допустимо также их выведение и за верхушку корня (так называемая завершушечная терапия).

Выведением медикаментозного препарата за верхушечное отверстие достигают непосредственного воздействия на патологически измененные околовверхушечные ткани и на их нервные рецепторы. Становятся более активными процессы регенерации околовверхушечных тканей. Следует отметить, что термин "заверхушечная терапия" подразумевает не только выведение различных лекарственных форм через корневой канал, но также достижение периапикальных тканей лекарственными формами, вводимыми другими способами.

В последнее время в связи с более щадящим отношением к периапикальным тканям было несколько пересмотрено отношение к активной заверхушечной терапии. Был выбран более мягкий ее вариант, допускающий выведение за верхушку корня лишь небольшого количества медикаментозных препаратов, не раздражающих периапикальные ткани. Обычно заверхушечную терапию применяют при деструктивных формах хронического периодонтита.

При лечении периодонтитов можно применять мефенаминовую кислоту и её натриевую соль – натрия мефенаминат. При лечении острых форм периодонтитов каналы корней зубов обрабатывают 0,1 – 0,25% раствором натрия мефенамината в сочетании с метациклином и морфоциклином (1000 ЕД в 1 мл), а при лечении хронических форм – с фурацилином в разведении 1:5000.

Заключение

Хронический периодонтит является наиболее опасным осложнением кариозного процесса. В этом случае воспалительный процесс распространяется не только на ткани зуба, но и на костную ткань вокруг верхушек корней зубов .

Список литературы

1. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]: учебник. В 3 ч. Ч. 1. Болезни зубов / ред. Е. А. Волков, О. О. Янушевич. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 168 с.
2. Каливрадзиян, Э.С. Словарь профессиональных стоматологических терминов. Учебное пособие / Э.С. Каливрадзиян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров. - Л.: , 2014. - 208 с.
3. Малрой, М. Местная анестезия: иллюстрированное практическое руководство. / М.Малройкак; Пер. с английского С.А.Панфилова. Под ред. проф. С.И. Емельянова, 3-е изд.- М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2013.- 30 с.
4. Привес, М.Г. Анатомия человека [Текст]: учеб. / М.Г. Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович. - 12-е изд., перераб. И доп. - СПб: Изд. дом СПбМАПО, 2011.- 720 с.
5. Соловьев, М. М. Пропедевтика хирургической стоматологии / М.М. Соловьев. - М.: МЕДпресс-информ, 2012. - 272 с.
6. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс]: учебник. В 3 ч. Ч. 1. Болезни зубов / ред. Е. А. Волков, О. О. Янушевич. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 168 с. Англо-русский словарь эндодонтических терминов [Электронный ресурс] / В. В.
7. Алямовский, А. А. Левенец, О. А. Левенец [и др.]; ред. О. А. Гаврилюк; Красноярский медицинский университет. - Красноярск: КрасГМУ, 2015. - 103 с.