

ПЕРИОДОНТИТ

Периодонтит – заболевание связочного аппарата зуба воспалительного характера.

Этиология и патогенез. В зависимости от причин, вызывающих воспаление, периодонтиты разделяют на **инфекционные** и **неинфекционные** (*травматические* и *химические*). Инфекция проникает периодонт через корневой канал (как осложнение кариеса зубов и пульпита), десневой карман, контактным путем (при остеомиелитах, гайморитах и др.), гематогенным путем (скарлатина, тиф и др.). Из неинфекционных периодонтитов чаще всего встречаются травматические. Химические (токсические) периодонтиты обычно развиваются как осложнение при лечении зубов формалином, кислотами, мышьяковистой пастой.

Различают острые и хронические периодонтиты.

Острые (*серозный* и *гнойный*) отличаются выраженной экссудацией, **хронические** приводят к разрушению периодонта и резорбции кости с образованием грануляционной ткани. Хронический воспалительный процесс может протекать как фиброзный, гранулематозный (с образованием гранулем и цистогранулем), гранулирующий периодонтит (с активным ростом грануляционной ткани).

К л и н и к а. Для острых периодонтитов характерна сильная, непрерывная, самопроизвольная боль. Она усиливается при накусывании, постукивании, надавливании и даже от прикосновения языком к зубу. В связи с наличием экссудата в периодонте зуб как бы «вырастает» и становится «длиннее» других, возникает подвижность. Периодонтит может сопровождаться гиперемией и припухлостью десны. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. При дальнейшем развитии острый периодонтит осложняется тризмом, лимфаденитом, абсцессом, флегмоной, остеомиелитом.

Хронические периодонтиты могут протекать незаметно. В определенных условиях (переохлаждение, инфекционные заболевания, травма и др.) латентно протекающие местные очаги могут давать обострения, которые периодически повторяются. Нередко в области проекции верхушки корня на десне образуются свищи.

Д и а г н о с т и к а. Острый периодонтит диагностируется на основании анамнеза, осмотра и результатов клинического обследования. Гнойный острый периодонтит необходимо дифференцировать от пульпита, остеомиелита. Хронические периодонтиты распознаются по рентгенологическим и электроодонтометрическим данным, особенно при интактных зубах.

Л е ч е н и е. Неотложная помощь при остром периодонтите заключается в обеспечении оттока (дренажа) экссудата из периодонта через корневой канал путем вскрытия зубной полости. В нелеченных зубах с наличием кариозной полости это достигается удалением из полости остатков пищи и разрушенной дентина. Если полость закрыта временной пломбой, ее

удаляют. Однако доврачебная помощь лишь в ряде случаев позволяет ликвидировать острые явления и сохранить зуб. Немедленное обращение к стоматологу существенно повышает шанс на сохранение зуба и отсутствие тяжелых осложнений.

Если воспалительный процесс развивается быстро, больной зуб удаляют, что обеспечивает отток гноя и гарантирует выздоровление.

Хронический периодонтит, как правило, лечат консервативным путем. Основные этапы лечения включают формирование полости, механическую и медикаментозную обработку корневого канала с последующим его заполнением специальными материалами. В настоящее время наиболее широко используется гуттаперча в сочетании с пастами, обеспечивающими герметизацию канала. Полость зуба пломбируется с использованием современных материалов.

Периостит челюсти

Периостит челюсти (острый, хронический) – распространение воспалительного процесса на надкостницу альвеолярного отростка и челюсти.

Э т и о л о г и я. Наиболее часто *периостит* является осложнением *периодонтита*, кисты пародонта, результатом травмы, в том числе после удаления зуба. Микроорганизмы проникают через отверстия в компактной пластинке по каналам остеонов либо лимфатическим сосудам.

К л и н и к а. Острый гнойный периостит сопровождается крайне резкой болью, усиливающейся при движении челюсти. Боли могут распространяться на всю челюсть, иррадиировать по ходу тройничного нерва в глаз, ухо, висок. Тепловые процедуры усиливают боль, болезненность причинного зуба при этом снижается. На десне и в области окружающих мягких тканей появляется отек. Губа, щека, подглазничная и подчелюстная области, в зависимости от процесса, выглядят припухшими.

Региональные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Температура тела обычно поднимается до 37,5-38°C, иногда и выше. В крови отмечаются лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

В результате гнойного расплавления тканей гной может выделяться в ротовую полость через свищевой ход. При этом интенсивность болевых ощущений снижается.

При отсутствии лечения развивается хронический периостит, не сопровождающийся выраженным болевым симптомом.

Л е ч е н и е проводит стоматолог-хирург. Удаление причинного зуба способствует обратному развитию воспаления. Показано также вскрытие гнойного поднадкостничного очага путем разреза.

После оперативного вмешательства внутрь назначают антибиотики, сульфаниламиды, обезболивающие, жаропонижающие, противовоспалительные средства.