



**Хронический одонтогенный очаг инфекции и
очагово обусловленные заболевания**

Мультимедийный диафильм

Автор профессор А.С. Солнцев

**Кафедра терапевтической
стоматологии КрасГМУ**

Цель лекции

- Дать студентам понятие о хронических одонтогенных очагах инфекции (ротовом сепсисе) и их взаимосвязь с заболеваниями систем организма и внутренних органов. Особенности санации полости рта у таких больных.

План лекции

- Рассмотреть следующие вопросы:
- Дать определение оральному-ротовому сепсису;
- Остановиться на этиологии и патогенезе ротового сепсиса;
- Ранние и поздние проявления ротового сепсиса у больных;
- Особенности санации полости рта у таких больных.

Одонтогенный очаг инфекции

- *Типичный одонтогенный очаг инфекции* – это хронический воспалительный процесс в околоверхушечных тканях, в пульпе зуба либо в пародонте. Не составляет исключение в этом отношении зубной очаг лекарственной сенсibilизации.

Хронический фиброзный периодонтит



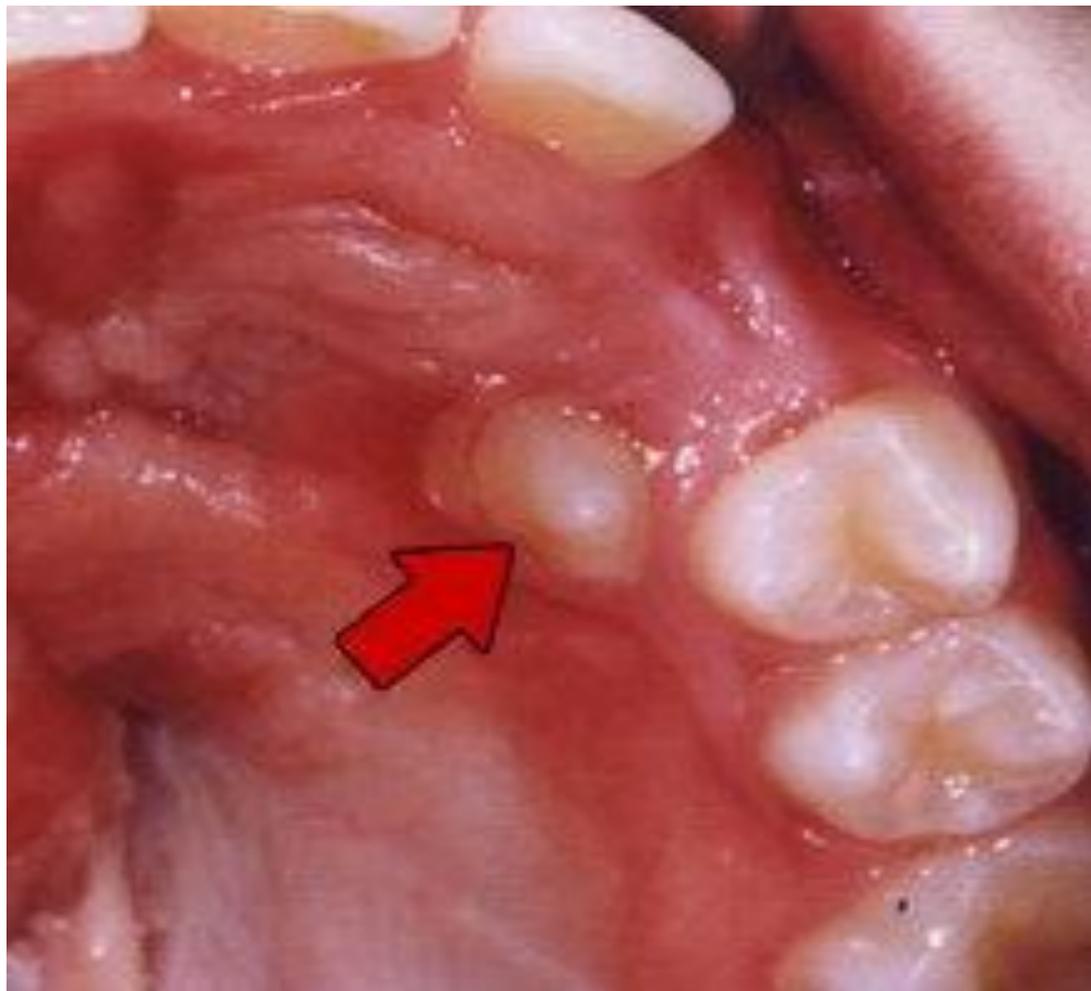
Хронический гранулематозный периодонтит



Хронический гранулирующий периодонтит



Свищ при гранулирующем периодонтите



Свищ на десне



Хронический периодонтит 16 зуба с наличием свища со щечной стороны



Выделение из патологически зубодесневых карманов (в том числе и гноя, пиофагия)



Появление гноя между зубом и десной при надавливании на десну.



Скопление гноя в зубо-десневых карманах вызывает хроническую интоксикацию...



Хронический одонтогенный гайморит

- Воспалительный процесс слизистой оболочки гайморовой пазухи, который проявляется вследствие развития хронического очага одонтогенной инфекции в области жевательных зубов верхней челюсти или возникновения сообщения ротовой полости с гайморовой пазухой.



Хронический тонзиллит



Немного истории

- В **1910** г. известный терапевт *Гентер* в своем докладе в Монреале обратил внимание на полость рта как на главные входные ворота для общей инфекции. Он подчеркнул, что американские зубные врачи пломбированием зубов лишенных пульпы и широкое изготовление мостовидных протезов и их укрепление на таких зубах подвергают своих пациентов опасной для жизни инфекции. Он впервые выдвинул термин оральный сепсис. Чаще всего фокус инфекции выявляется в полости рта.

Патогенез ротового сепсиса (по И. Розеноу)

- Приводит три основных феномена:
- *Изменчивость бактерий.* Путем изменения питательной среды можно вызвать переход различных видов бактерий стрептококко-пневмококковой группы одного вида в другой. При этом процессы трансмутабильности обратимы.

продолжение

- *Вторая особенность — избирательная локализация.* Инфекция поступившая в кровь из гангрены пульпы или периодонтитного зуба, вызывает поражение определенных органов по отношению к которым они обладают известным сродством. Например, бактерии из гранулемы субъекта, страдающие воспалением желчного пузыря, привитые кролику, в большинстве случаев вызывают холецистит и т.д.

продолжение

- *Третьей предпосылкой* является *суб-инфекция (по Адами)*. Согласно этой теории, бактерии непрерывно проникают с поверхности слизистых оболочек вглубь тканей, где разрушаются и переносятся током крови и лимфы в отдельные органы. В этом случае в зависимости от реактивности организма они погибают или же выявляют свои патогенные свойства.

Недостатки этой теории

- Развитие септических заболеваний, хронического сепсиса у человека и экспериментальных животных не идентичны: в клинике у человека наблюдается хронический процесс, а в лаборатории у животного — острый или подострый сепсис.
- Факт проникновения бактерий из гранулем и инфицированных каналов в кровь с последующей вегетацией их не доказан.

Продолжение

- Большинство людей, носителей инфекционных очагов в зубах и околозубных тканей, очень редко заболевают хроническим сепсисом.
- Большинство носителей очаговой инфекции обладают, по-видимому, иммунитетом к хронической инфекции и только немногие, аллергически предрасположенные к общим или местным инфекциям, вызывают соматические заболевания.

Токсогенная концепция в проблеме ротового сепсиса (И.Г. Лукомский)

- **На первом этапе** под влиянием протеолитических ферментов бактерий происходит разрушение белка на моно- и диаминокислоты.
- **На втором этапе** происходит превращение аминокислот, в биогенные амины.
- **Биогенные амины**, поступающие в организм из очага активного хронического воспаления периодонта, обладают симпатикоподобным действием.

Продолжение

- В этой связи в клинике было установлена повышенная чувствительность к адреналину у лиц, страдающих хронической одонтогенной интоксикацией. При этом после удаления очага, повышенная чувствительность к адреналину исчезает. Таким образом, биогенные амины, поступающие в организм, из инфекционных фокусов обладают симпатикоподобным действием.

Нервно-дистрофическая концепция патогенеза ротового сепсиса (Д.А. Энтин)

- Одонтогенный очаг инфекции является источником раздражения нервных элементов периодонта и интоксикации нервных центров, а развертывающиеся в результате этого дистрофические изменения на периферии могут проявляться в виде различных заболеваний. Это подтверждается возможностью невоспалительного поражения миокарда под влиянием стрептококковой инфекции тонзиллярного очага.

Нервно-рефлекторная концепция в патогенезе ротового сепсиса (М.П. Жаков)

- По его мнению очагово обусловленная патология как болезненное состояния организма, вызываемое раздражениями из одонтогенного очага, которые рефлекторным путем нарушают кортико висцеральную регуляцию головного мозга, в результате чего формируются расстройства и органические поражения в других органах. Интерес к неврогенным теориям патогенеза вызван тем, что независимо от локализации очага в клинике отчетливо выражены нейровегетативные нарушения.

Связь одонтогенного очага с другими поражениями систем организма (И.Г. Лукомский)

- Три группы:
- **1- группа.** Заболевания, в развитии которых одонтогенный очаг играет ведущую роль;
- **2 – группа.** Болезни, которым одонтогенный очаг сопутствует и отягощает клиническое течение;
- **3 – группа** заболевания, связь которых с одонтогенным очагом не усматривается.

Классификация очаговообусловленных заболеваний. (современные представления)

- Выделяют три группы:
- Типичные очаговообусловленные заболевания, которые по своей природе являются болезнями иммунных комплексов;
- Болезни и патологические реакции, вызванные сенсibilизацией лекарственными веществами, в частности используемые при лечении зубов и пародонта;

Продолжение

- **3-группа** заболевания и их осложнения, связанные с развитием вторичного иммунодефицитного состояния, обусловленного длительным существованием хронического очага, в частности одонтогенного. Эта классификация позволяет судить о прогнозе, а также о содержании и объеме лечения в каждом случае.

Первая группа очаговообусловленных заболеваний

- Болезни иммунных комплексов, включающий и собственно «хроническое септическое состояние».
- **Ранние симптомы:** недомогание, головная боль, озноб, боли в мышцах и суставах, раздражительность, бессоница, а иногда сонливость, быстрая утомляемость, боль и неприятные ощущения в области сердца. Нередко такие ощущения возникают после волнения. Такие больные весьма чувствительны к боли.

Продолжение

- Обращает внимание на неустойчивость настроения, нередко плаксивость, апатичность, похудание. К вечеру повышается температура тела или субфебрильная температура, которая выступает на первый план, кожные покровы влажные, пульс учащен, артериальное давление понижено.
- Именно на фоне хроническо-септических изменений и выраженных вегетоневротических нарушений может развиваться типичное очагово-обусловленное заболевание.

Поздние симптомы

- *Поражение сердца* при одонтогенном очаге связано с антигенными свойствами стрептококка, в котором обнаружен антиген, общий с одним из растворимых антигенов миокарда. При этом больные предъявляли жалобы на периодические (60%) или постоянные (32,5%) боли в области сердца, около 80 % из них испытывали постоянные или периодические сердцебиения и перебои в работе сердца.

Продолжение

- *При очаговообусловленном нефрите* на первый план выступают васкулярные изменения (гломерунефрит, нефроваскулярная гипертензия и др.). При этом тяжесть очаговообусловленного нефрита связано с развитием аллергического капиллярита и сопровождающим повышением проницаемости капилляров, что приводит к альбуминурии, гипоальбуминемии, гиперглобулинемию). Просвет капилляров сужается. Эпителий находится в состоянии пролиферации и десквамации. Возможно тромбоз капилляров.

Продолжение

- Заболевания *аутоиммунной* природы, связанных с очагом относится истинный *ревматизм*: ревматоидный артрит, системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит, а также хронические формы нефрита.

Клиническая картина ревматоидного артрита связанная с хроническим очагом

- длительное хроническое течение с периодическими обострениями;
- стойкость суставных процессов и склонность к их прогрессированию;
- отсутствие поражения сердца;
- субфебрильная температура, повышающаяся при обострениях;
- увеличенная СОЭ, анемия и лейкопения;

Продолжение

- склонность к образованию контрактур и анкилозов с выраженной атрофией мышц;
- деструкция хряща на суставных поверхностях;
- к этому следует добавить, что обратное развитие процесса при ревматоидном артрите не наблюдается. Противоревматическое лечение малоэффективно.

Вторая группа

- Это лекарственные аллергические реакции, связанные с лечением одонтогенного очага – васкулиты и эритемы, уртикарии, капилляриты, ангионевротический отек Квинке, артерииты, флебиты, тромбофлебиты и др. При этом особое внимание заслуживают медикаменты, образующие депо в полости зуба и тканях пародонта.

Третья группа

- Перечень заболеваний связанных с иммуноподавляющим действием хронического одонтогенного очага и формированием иммунодефицитного состояния мог оказаться безграничным. При одонтогенном хроническом сепсисе и при иммунодефицитном состоянии, возможно поражение любого органа. Влияние очага на клинику острых и формирования хронических заболеваний легких, печени, развитие осложнений болезней сердца и сосудов, ЖКТ, нервной системы, крови и др., длительное и осложненное течение острых инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной природы.

Неспецифическое влияние очага хронической инфекции на организм

- Установлено, что очаг инфекции, понижая защитные силы организма, ухудшает его адаптацию. Даже небольшая физическая нагрузка в сочетании с воздействием холода, дефицитом витаминов, повышенным нервно-эмоциональным напряжением может способствовать клиническому проявлению патологических изменений в ССС. А также ухудшает адаптацию к большим нагрузкам.

Критерии патогенности одонтогенного очага

- *Тесты 4 группы:*
- тесты, дающие возможность судить о состоянии иммунной системы, а также об аллергической чувствительности организма;
- весьма информативные тесты, отражающие состояние всегда измененного капиллярного русла;
- тесты, характеризующие весьма лабильные вегатоневротические реакции;
- провокационные и исключаяющие тесты;
- электротест.

Оценка состояния иммунной системы

- *Тесты первого уровня оценки иммунного статуса:*
 - показатель активности Т-лимфоцитов;
 - фагоцитарной активности нейтрофилов;
 - содержание сывороточных иммуноглобулинов в крови (А, G, М); .
показатели неспецифической защиты организма – содержание лизоцима в крови, смешанной и паротидной слюны.

Сенсибилизация к лекарственным веществам

- Применяются ряд кожных проб, которые по технике выполнения разделяют на внутрикожные, накожные (компрессионная и аппликационная) и скарификационная.
- Наряду с кожными применяют пробы на слизистой оболочке полости рта и носа.

Специальные пробы

- *Провокационные пробы* основаны на обострение хронического очаговообусловленного воспалительного процесса сопровождающейся как общей реакцией, так и усилением болезненных симптомов, характерных именно для соответствующего заболевания. Провокационная проба – искусственное воспроизведение обострения хронического очага для оценки реакции организма на процесс.

Разновидность провокационных проб

- Основана на *механическом* воздействии на одонтогенный очаг при помощи массажа (в частности вибрационного) участка десны, соответствующего верхушки корня исследуемого зуба. Массировать десну нужно 3 раза по 1 мин с перерывами в 1 мин.
- Из физических факторов используют УВЧ (в течение 20 мин), УКВ (10 мин), УЗ (2-3 мин), рентгенооблучение (доза 80-90 рент).

Продолжение

- Пробу считают положительной, если через 2-4 ч процесс обостряется и заметно увеличивается СОЭ, существенно возрастает количество лейкоцитов периферической крови. Пробу расценивают как безусловно положительную, если в течение ближайших 1-3 дней наблюдается общая реакция организма либо проявляются (усиливаются) симптомы очаговообусловленного заболевания.

Пробы для «исключения» зубного очага

- Заключается в том, что временно «выключают» очаг или подавляют реакцию организма на его воздействие и оценивают эффект.
- *Имплетоловый тест* проба основана на свойстве новокаина блокировать, отключать очаг хронического воспаления. Состав: нов. 2,5 г, кофеинбензоата натрия 1,25 г, дистил. воды до 100 мл. 2 мл имплетола инфильтрируют в переходную складку на уровне верхушки корня исследуемого зуба.

Продолжение

- Если зуб является очагом, в течение короткого времени исчезают очевидные симптомы очаговообусловленного заболевания. Эффект «отключения» наблюдается в течение 8 ч.
- Эффект «отключения» может наблюдаться и при ликвидации очага. Это уже не проба, а лечение, при котором приходится учитывать и реакцию организма на вмешательство. Диагностическая ценность терапии заключается лишь при положительном результате излечения очагового процесса.

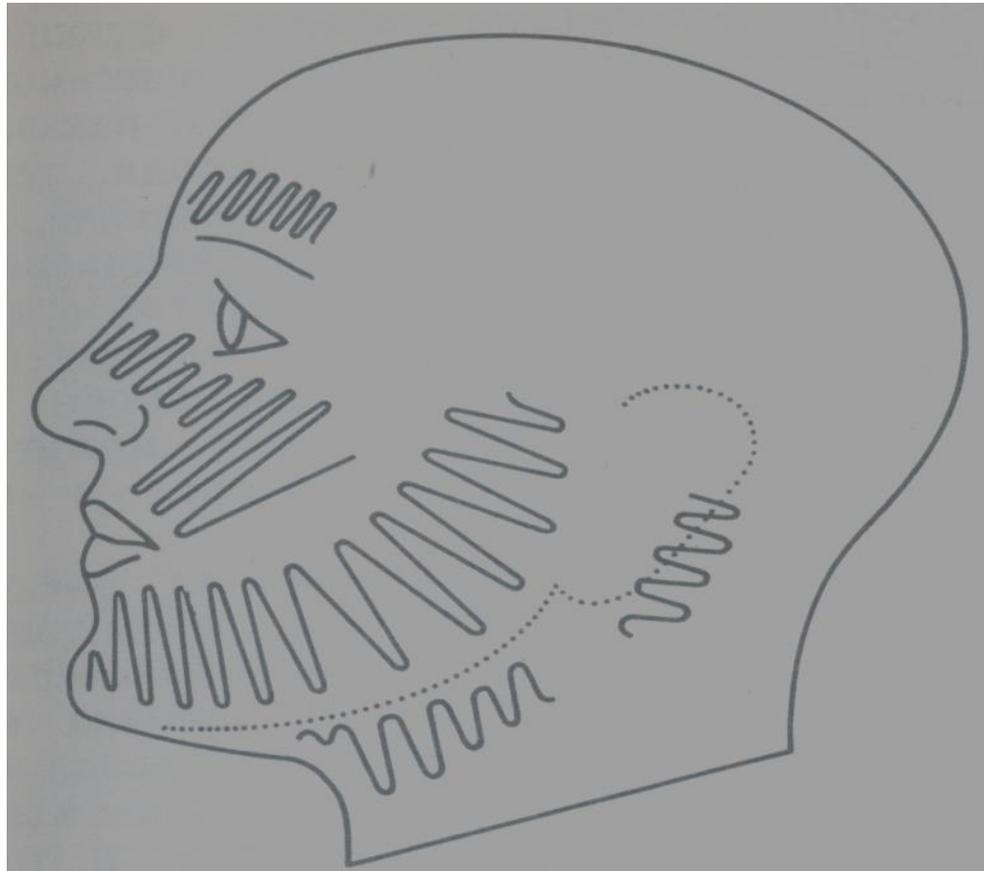
Электроочаговый тест (Gelen, Stanlel)

- Он предназначен для оценки состояния тканей вблизи очага хронического воспаления, поскольку очаг, влияющий на различные органы, должен изменять возбудимость близлежащих тканей. Проба основана на раздражении кожных покровов, соответствующих различным группам зубов, постоянным электрическим током низкого напряжения.

Методика проведения электротеста

- Аппарат представляет собой источник постоянного тока силой до 10 мА и напряжением до 20 мВ. Пассивный электрод (катод) имеет металлическую манжетку, которую накладывают на марлю, смоченную изотоническим раствором хлорида натрия. Затем щеточку перемещают по поверхности кожи на уровень ВЧС и постепенно увеличивают силу тока. Ощущение покалывания или участок гиперемии появляется спустя 3-4 мин., исследование не должно продолжаться более 10-15 мин.

Серпатинообразные движения при проведении электротеста



Оценка электротеста

- I - степень, сильная активность очага (покраснение, гиперемия) с гипералгезией);
- II- степень, средняя активность – покраснение без гипералгезии;
- III – степень, слабая активность очага – гипералгезия без гиперемии.

Показатели состояния капиллярной сети

- Стрептококковая инфекция при скрытом очаге инфекции в организме обуславливает заболевания сосудистой системы.
- Положительный симптом жгута (симптом Кончаловского). Возможно мелкоточечное кровоизлияние на коже и слизистых оболочек без внешних воздействий.
- Проба Нестерова положительная на резистентность капилляров и вызывает петехии.

Особенности санации полости у больных с очаговообусловленными заболеваниями

- Консервативное или радикальное лечение одонтогенного очага желательно проводить в стационарных условиях;
- До начала вмешательства, во время и после больному проводить общее лечение: назначение антибиотиков, десенсибилизирующей терапии и др. препараты, которые проводит терапевт:
- Лечение удаление очага хронической инфекции проводится после тщательного обезболивания.

Продолжение

- Во время вмешательства травматизация должна быть минимальной;
- Перерыв между последующими вмешательствами должен составлять две недели.