

Лекция № 6

Острые и хронические периодонтиты. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, хирургические методы лечения.

Цель лекции:

- Ознакомить студентов с этиологией, патогенезом и основными принципами диагностики и лечения острого и хронического периодонтита.

План лекции:

- Этиология и патогенез периодонтитов;
- Патологическая анатомия периодонтитов;
- Клиника острых и хронических периодонтитов;
- Дифференциальная диагностика острых и хронических периодонтитов;
- Хирургические методы лечения хронических периодонтитов.

Среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи наибольший удельный вес имеют одонтогенные процессы (85-95%), нозологические формы которых представлены в классификации воспалительных заболеваний тканей челюстно-лицевой области и шеи.

Классификация воспалительных заболеваний
тканей челюстно-лицевой области и шеи.
Источник и характер инфекции: одонтогенный и
стоматогенный

Заболевание	Форма заболевания	Форма заболевания
Периодонтит	Острый: серозный; гнойный.	Хронический: фиброзный; гранулирующий; гранулематозный; Хронический в стадии обострения.

Заболевание	Форма заболевания	Форма заболевания
Периостит челюсти	Острый: серозный; гнойный.	Хронический (оссифицирующ ий)
Остит челюсти	Острый (реактивно- транзиторная форма)	Хронический: рарефицирующ ий; Гиперпластичес кий.

Остеомиелит челюсти	Острая стадия Подострая стадия	Хроническая стадия Первично хроническая стадия
Абсцессы и флегмоны	Острая стадия	Подострая стадия

Воспалительный инфильтрат	Острая стадия	
Лимфаденит не специфический	Острый	Хронический
Синусит верхней челюсти	Острый	Хронический
Перикоронарит	Острый	Хронический

Периодонтит:

Периодонтит – воспаление тканей, расположенных в периодонтальной щели (периодонт), - может быть инфекционным, травматическим и медикаментозным.

Инфекционный периодонтит –

возникает при пульпите или некрозе пульпы в результате проникновения патогенной флоры через верхушечное отверстие корня зуба в периодонт.

Травматический периодонтит – возникает при воздействии на периодонт однократной, но значительной травмы в результате ушиба, а так же неоднократно повторяющейся микротравмы зубов-антагонистов в случае неправильно наложенной пломбы, искусственной коронки, которые увеличивают высоту зуба, вредных привычках (перекусывании ниток, удерживание зубами гвоздей).

Медикаментозный периодонтит –

может возникать при лечении пульпита, когда при обработке канала применяют сильнодействующие лекарственные вещества, а так же в следствии аллергической реакции периодонта на лекарства.

Классификация периодонтитов /ММСУ/

Острые периодонтиты

Серозные

Гнойные

Хронические периодонтиты

Фиброзный

Гранулирующий

Гранулёматозный

Кистогранулема

Киста

Обострение хронического периодонтита

Острый периодонтит – острое воспаление периодонта

Этиология — Развивается под действием смешанной микрофлоры где преобладает стрептококки, реже стафилококки и пневмококки. Возможны палочковидные формы (Гр +, Гр -), анаэробная инфекция, которая представлена облигатно-анаэробной инфекцией, неферментирующими Гр – бактериями, вейлонеллами, лактобактериями, дрожжеподобными грибами.

При не леченных формах верхушечного периодонтита микробные ассоциации насчитывают 3 - 7 видов

Этиология маргинального периодонтита

Помимо перечисленных микробов в этиологии верхушечного периодонтита, велико число спирохет, актиномицетов, в том числе пигментообразующих

Патогенез

Острый воспалительный процесс в периодонте первично возникает в результате проникновения инфекции через апикальное отверстие, в результате некроза пульпы, реже через патологический зубодесневой карман.

Этому способствуют местные особенности:

отсутствие оттока из полости зуба и корневого канала, микротравма при активной жевательной нагрузке на зуб с пораженной пульпой.

Общие причины: переохлаждение, перегревание, перенесенные инфекционные заболевания и др. Большое значение отводится сенсибилизации организма и увеличению верулентности микробов.

Патологическая анатомия

- При остром процессе в периодонте появляются основные феномены воспаления-альтерация, экссудация, и пролиферация. Для острого периодонтита характерно развитие двух фаз- интоксикации и выраженного экссудативного процесса. Фокус воспаления в виде гнойника локализуется в периодонтальной щели. Воспалительные изменения в кости альвеолы и других тканях имеют реактивный, перифокальный характер.

Жалобы больного.

- Тупая, ноющая боль, усиливающаяся при надавливании на него, ощущение удлинения зуба, невозможность сомкнуть зубы, вследствие скопления экссудата в периодонтальной щели и его воздействия на рецепторы периодонта. Нарушение функции периодонта как амортизирующего аппарата.

Анамнез заболевания

Давность заболевания.

характер болей:

- боли становятся почти непрерывными или с короткими «светлыми» промежутками
- характер и интенсивность болей:

острыми, пульсирующими, усиливающимися от тепла и в положении лежа, иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва. Выявите, обращался ли больной за лечением и какое лечение проводилось.

Локальный статус

- Отека мягких тканей лица может не быть. Регионарные лимфатические узлы могут быть увеличены и болезненны. В серозной стадии отмечается небольшая подвижность зуба и болевая реакция при вертикальной перкуссии. В гнойной стадии заболевания прикосновение к зубу усиливает боль, болезненна горизонтальная и вертикальная перкуссия. Десна в области зуба гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации.

- На рентгенограммах при остром периодонтите изменений в периодонтальной щели нет, иногда на 3-5 день заболевания в некоторых случаях может наблюдаться нечеткость компактной пластинки альвеолы в области ее дна(Н.А.Робухина, 1991)

Дифференциальная диагностика

- с диффузным гнойным пульпитом
- с нагноившейся околокорневой кистой
- с острым одонтогенным синуситом в/ч
- с острым периоститом челюстей
- с острым остеомиелитом челюстей

Лечение острого периодонтита

- Цель лечения: создать отток экссудата из периапикальной области
- Этапы лечения:
 - обезболивание
 - раскрытие полости зуба
 - удаление гнилых масс из каналов
 - расширение области апикального отверстия
 - по показаниям противовоспалительная терапия
 - физиолечение

Хронический верхушечный периодонтит

2 формы хронических периодонтитов:

1) стабилизированная форма:

а) фиброзный периодонтит

2) активная форма (деструктивная):

а) гранулирующий периодонтит

б) гранулематозный

периодонтит

Активная форма хронического периодонтита

- Сопровождается:
 - образованием грануляций
 - свищевых ходов
 - гранулем
 - возникновением нагноений в
околочелюстных тканях

Хронический фиброзный периодонтит

Бессимптомное течение

Жалобы:

на боль только при обострении процесса

R – грамма:

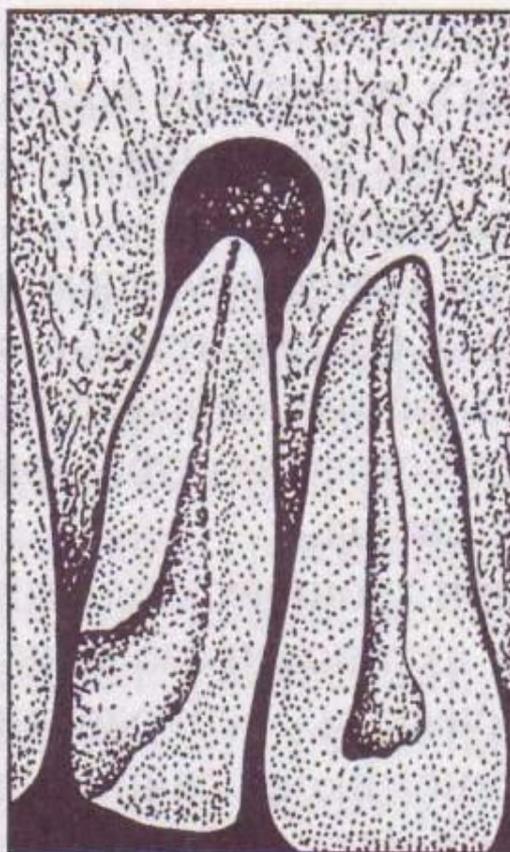
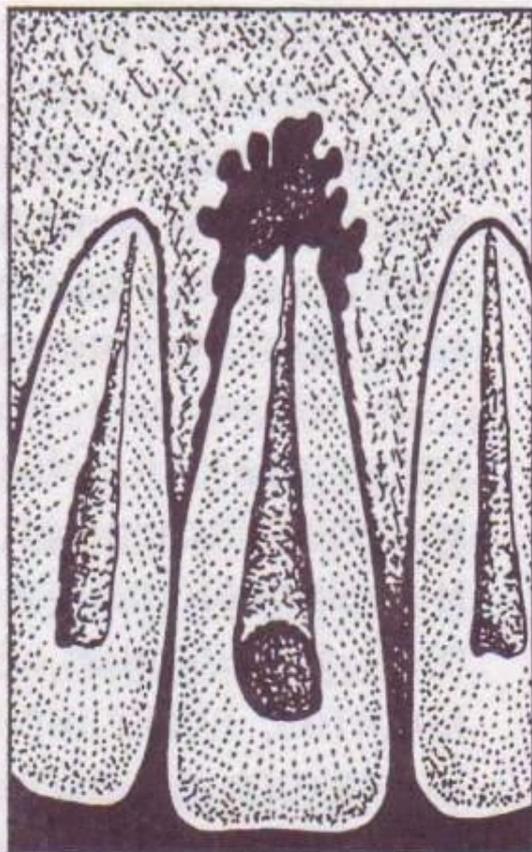
неравномерное расширение

периодонтальной щели, особенно в

верхушечном отделе, иногда в результате

гиперцементоза определяется утолщение

верхушки корня



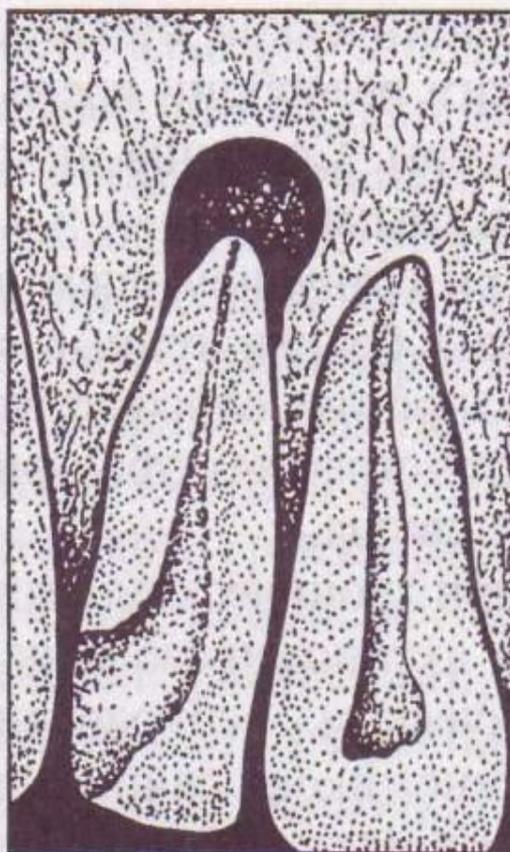
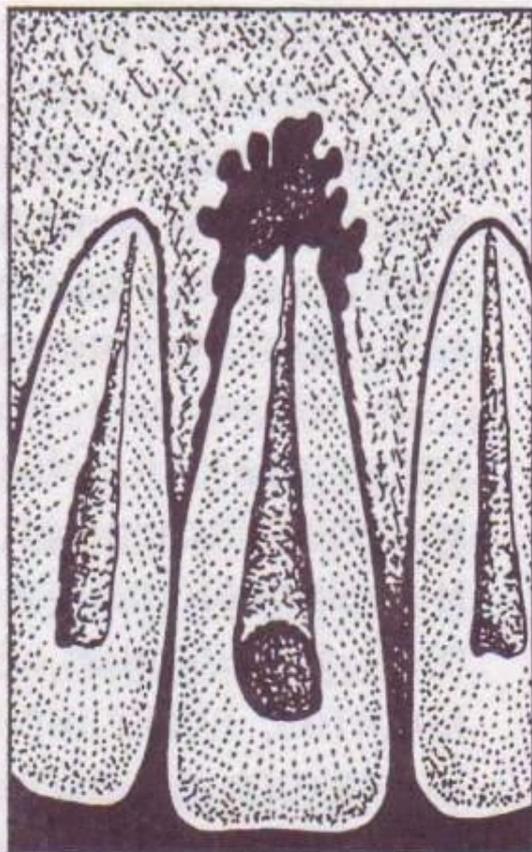
Рентгенологическая картина хронических периодонтитов
а) гранулирующий б) гранулематозный в) фиброзный

Хронический гранулирующий периодонтит

- Клинические симптомы выражены слабо
- Зуб изменен в цвете, имеется вход в полость зуба безболезненный при зондировании
- Слизистая оболочка полости рта в области проекции верхушки корня зуба пастозна, имеется свищ с гнойным отделяемым

Хронический гранулирующий периодонтит

- R – грамма:
изменение костной ткани в
околоверхушечной области в виде
пламеобразного расширения линии
периодонта с нечеткими контурами

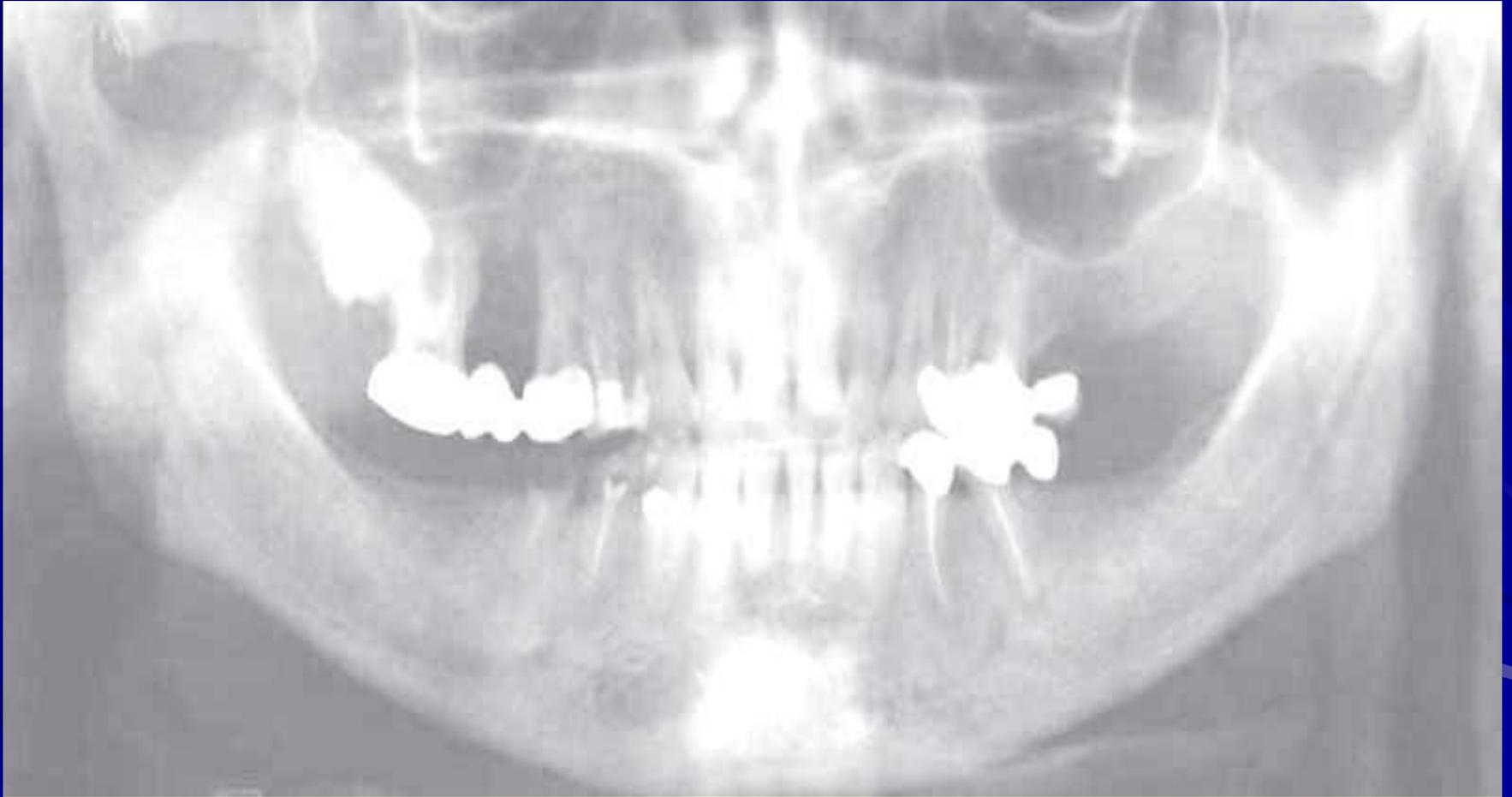


Рентгенологическая картина хронических периодонтитов
а) гранулирующий б) гранулематозный в) фиброзный

Рентгенодиагностика хронических периодонтитов.



Рентгендиагностика

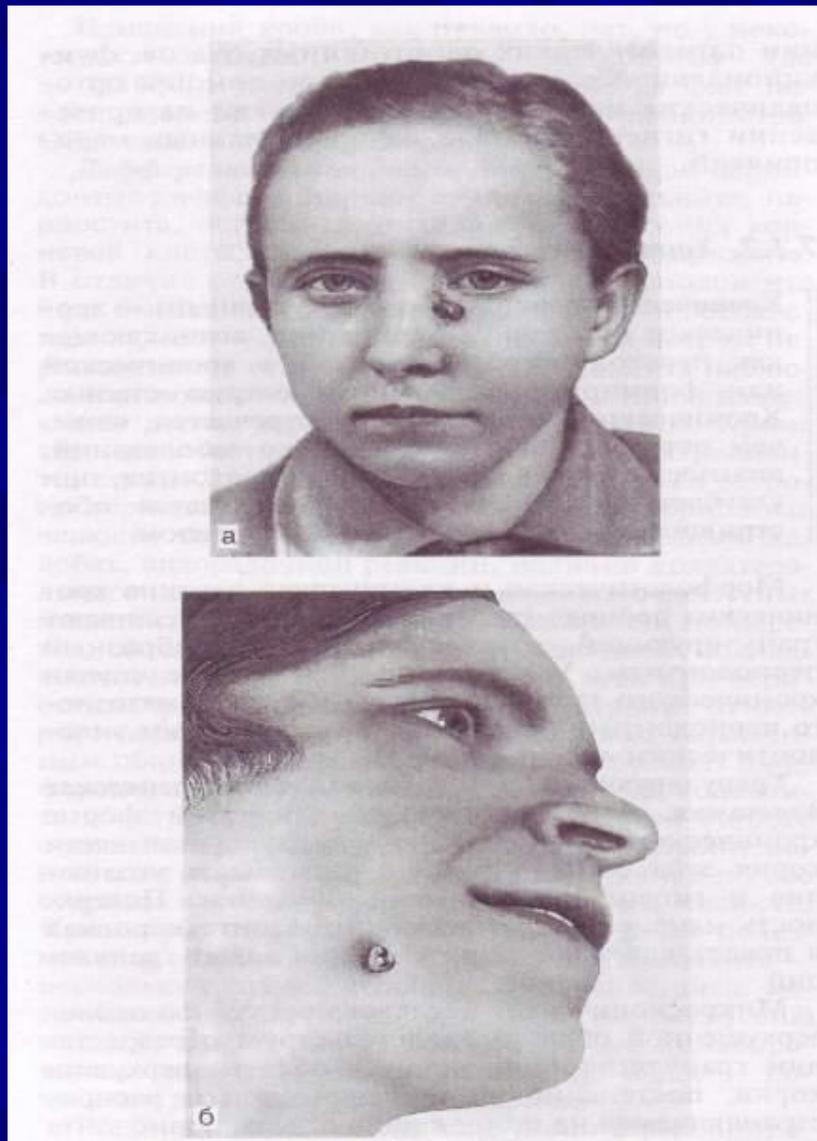


Рентгендиагностика



Одонтогенные гранулемы

- Возникают при прорастании хронического гранулирующего очага из периодонта под надкостницу и в мягкие ткани, окружающие челюсти (подслизистую и кожную клетчатку)
- 3 типа:
 - 1 – поднадкостничная
 - 2 – подслизистая
 - 3 - подкожная



**Кожные свищи на лице при гранулирующих периодонтитах
а) подглазничная область б) в нижних отделах щечной области**

Хронический гранулематозный периодонтит

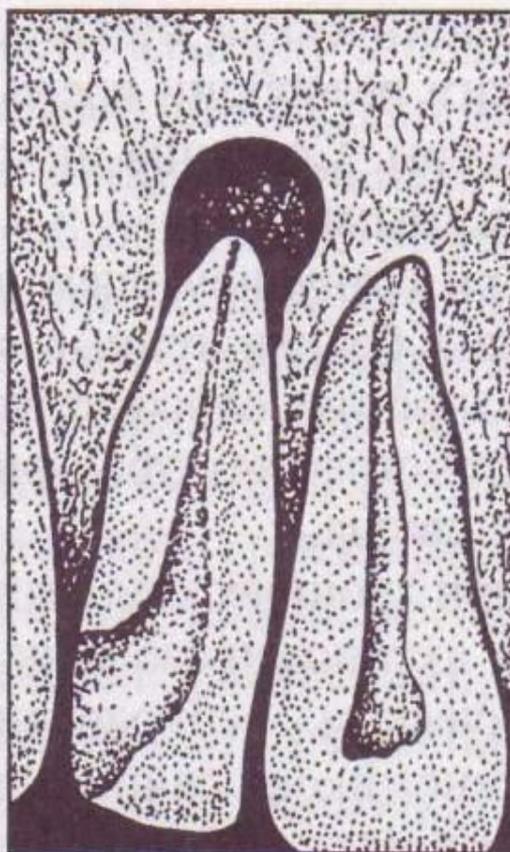
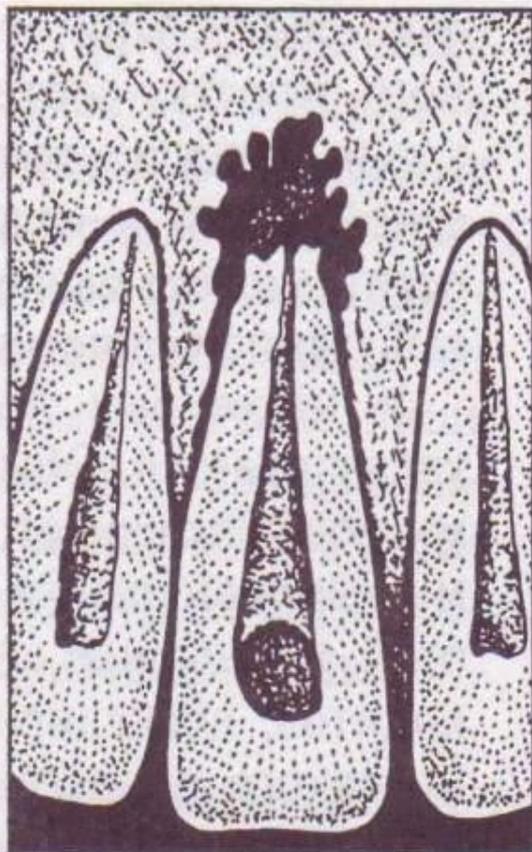
- Клинические симптомы выражены слабо
- Зуб изменен в цвете, имеется вход в полость зуба безболезненный при зондировании
- Слизистая оболочка полости рта в области проекции верхушки корня зуба пастозна

Хронический гранулематозный периодонтит

- В зависимости от строения различают гранулемы:
 - 1 - простые (состоят из грануляционной ткани)
 - 2 - эпителиальные (состоят из грануляционной ткани с эпителиальными тяжами)
 - 3 - кистовидные (содержат полости выстланные эпителием)

Хронический гранулематозный периодонтит

- R – грамма:
изменение в околоверхушечной
области в виде очага деструкции
костной ткани с четкими границами



Рентгенологическая картина хронических периодонтитов
а) гранулирующий б) гранулематозный в) фиброзный

Обострившиеся хронические периодонтиты

- В отличие от острых характеризуются приведенной выше рентгенологической картиной
- Клинически практически не отличаются от острых
- Лечение направлено на создание оттока экссудата

Хронические периодонтиты

- Лечат консервативно
- При не эффективности консервативных методов лечения используют:
 - 1) консервативно-хирургические методы
 - 2) хирургические методы

Хирургические методы лечения хронических периодонтитов

- Удаление зуба
- Реплантация зуба
- Резекция верхушки корня зуба
- Гемисекция
- Ампутация корня
- Коронорадикулярная сепарация
- Аутотрансплантация

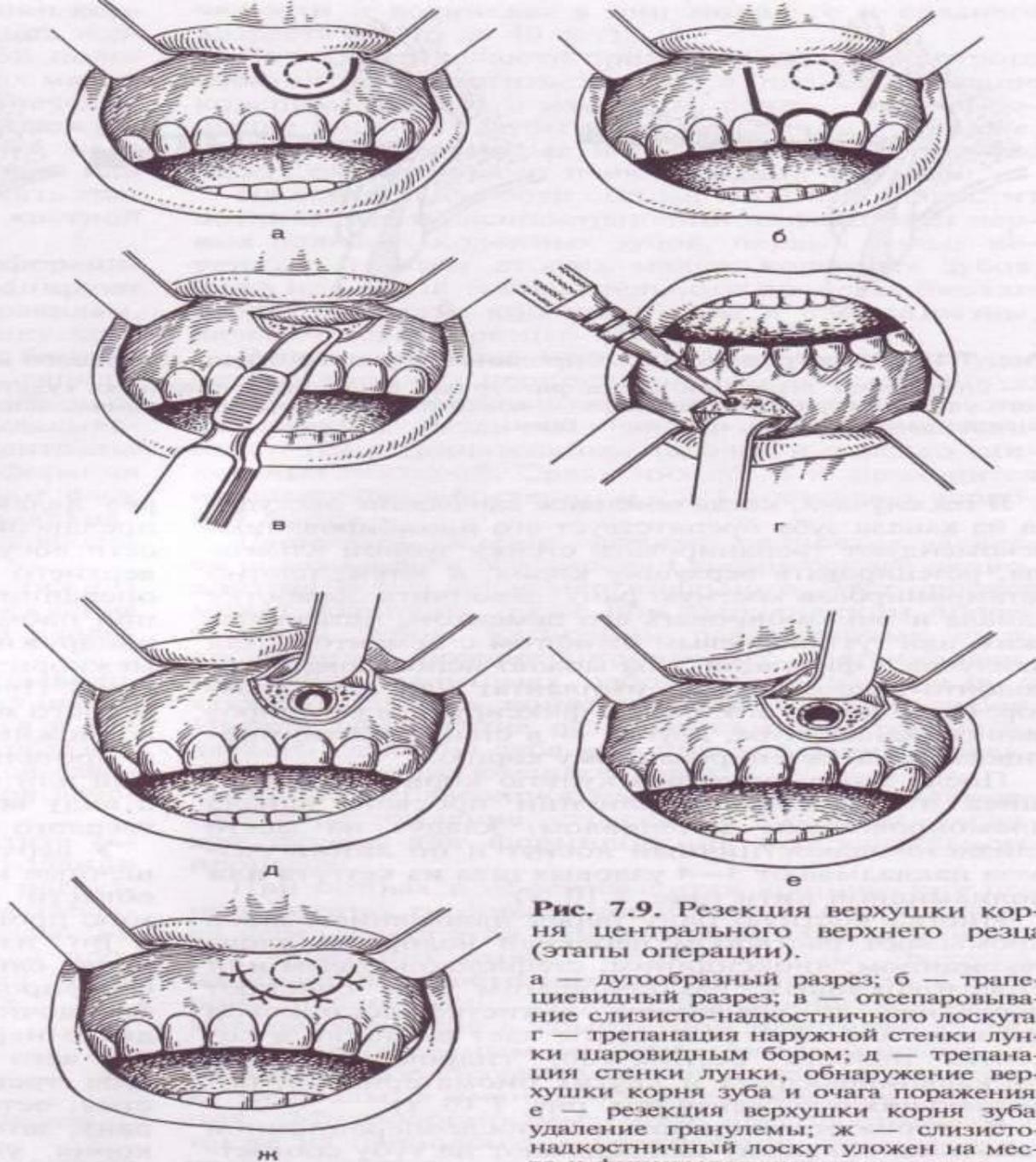


Рис. 7.9. Резекция верхушки корня центрального верхнего резца (этапы операции).

а — дугообразный разрез; б — трапециевидный разрез; в — отсепаровывание слизисто-надкостничного лоскута; г — трепанация наружной стенки лунки шаровидным бором; д — трепанация стенки лунки, обнаружение верхушки корня зуба и очага поражения; е — резекция верхушки корня зуба, удаление гранулемы; ж — слизисто-надкостничный лоскут уложен на место и фиксирован узловыми швами.

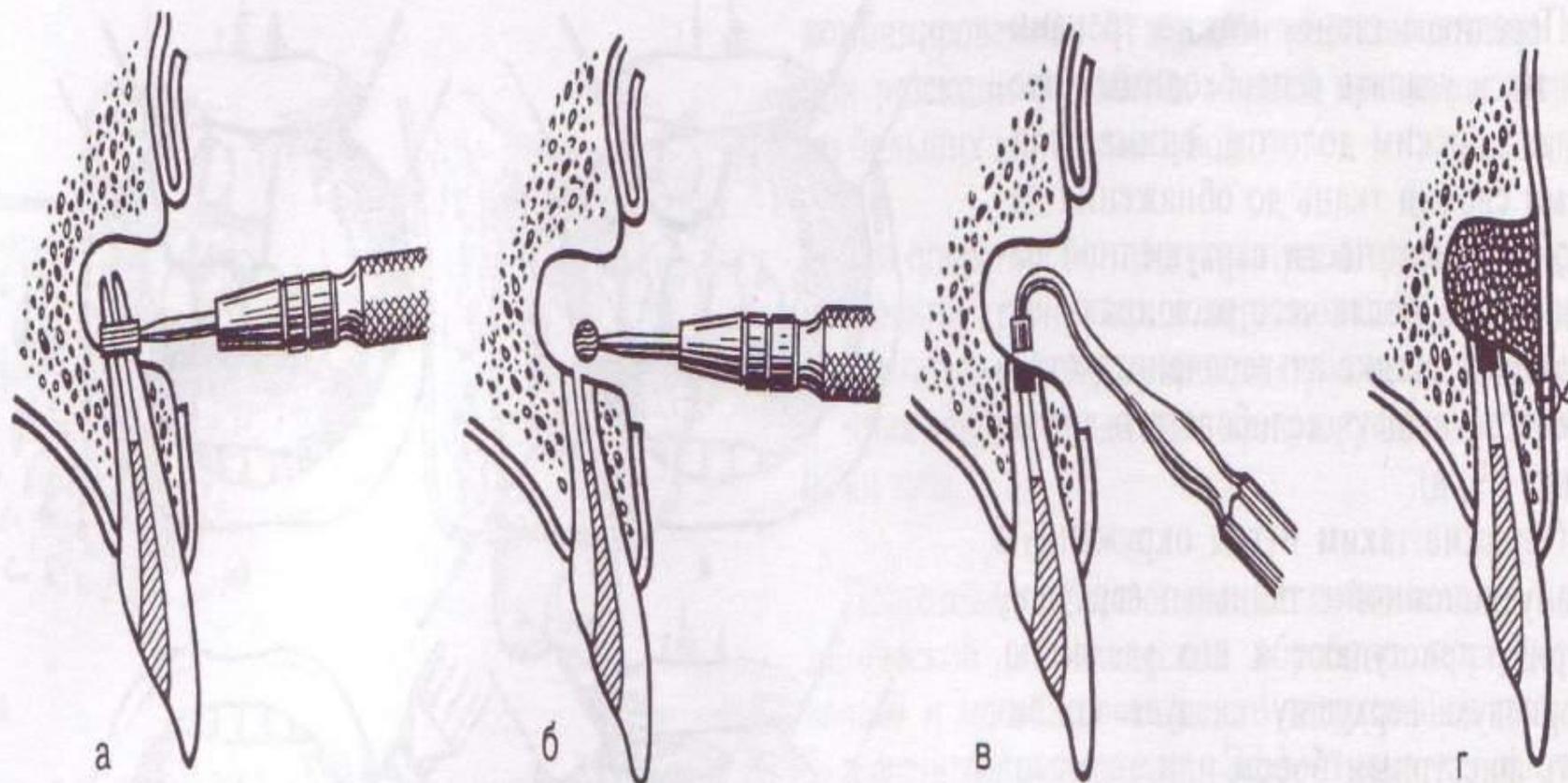
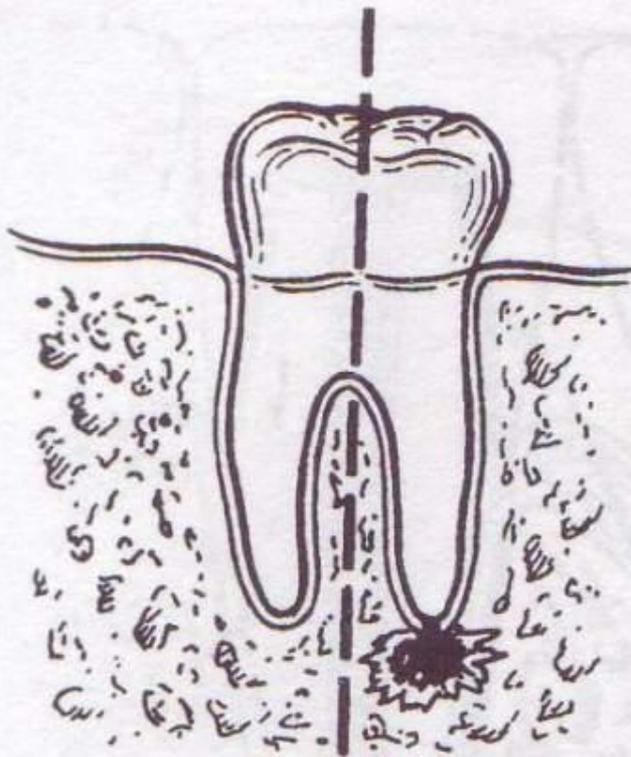
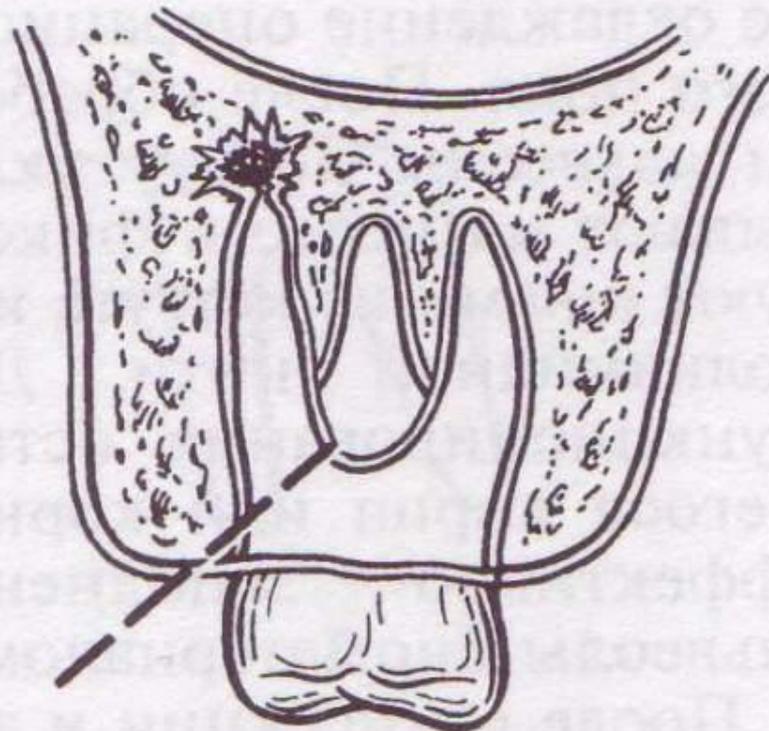


Рис. 7.10. Ретроградное пломбирование верхнего отдела корневого канала во время резекции верхушки корня.
 а — спиливание верхушки корня фиссурным бором; б — обработка культи корня фрезой; в — пломбирование расширенного участка корневого канала; г — верхний отдел корневого канала запломбирован, полость заполнена биоматериалом, смешанным с кровью, наложены швы.



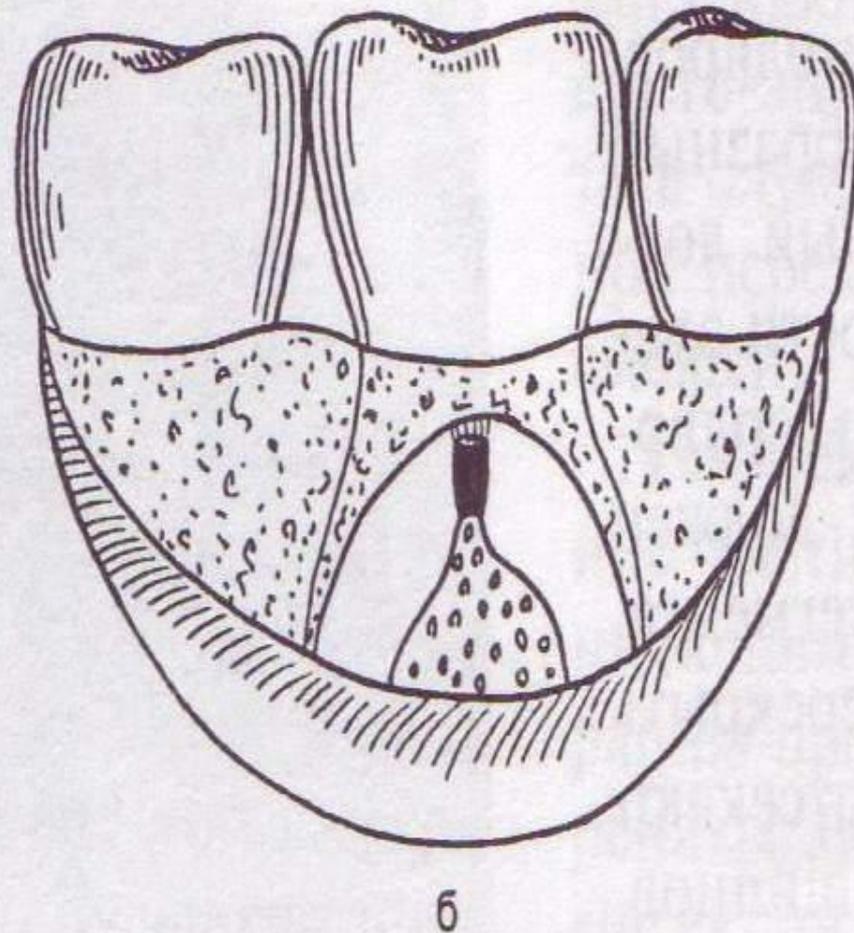
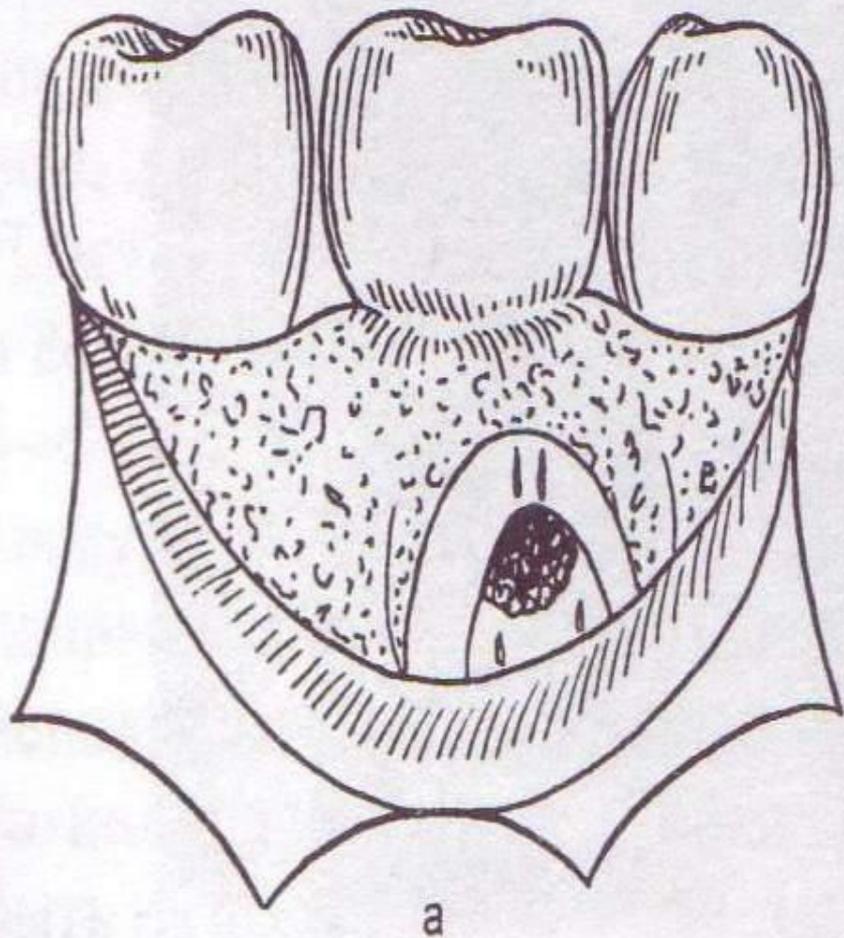
а



б

Рис. 7.7. Зубосохраняющие операции

Зубосохраняющие операции
а) гемисекция; б) ампутация корня



**Межперегородочная гранулэктомия
а) до операции; б) после операции**

