

Одонтогенные воспалительные заболевания ЧЛО

- ❑ Периодонтит (острый, хронический)
 - ❑ Периостит (острый гнойный,
хронический)
- ❑ Одонтогенный остеомиелит челюсти

Периодонтит

- Воспаление тканей, расположенных в периодонтальной щели (периодонт).

Он может быть:

- 1) **Инфекционным** – внедрение аутоинфекции, находящейся в полости рта. Чаще поражается корневая оболочка у верхушки корня.
- 2) **Травматическим** – в результате как однократной (удар, ушиб), так и хронической травмы (нарушение окклюзии при завышении высоты зуба ИК, пломбой; при наличии вредных привычек – удерживание в зубах гвоздей, перекусывания ниток, лузганья семечек, разгрызания орехов)
- 3) Может возникать при лечении пульпита, когда при обработке канала применяют сильнодействующие лекарственные вещества (**медикаментозный периодонтит**)
- 4) Вследствие **аллергической реакции периодонта** на лекарства

Классификация периодонтита по И.Г. Лукомскому:

I. Острый периодонтит

- Серозный (ограниченный или разлитой)
- Гнойный (ограниченный или разлитой)

I. Хронический периодонтит

- Гранулирующий
- Гранулематозный
- Фиброзный

I. Хронический периодонтит в стадии обострения

Острый периодонтит

Этиология.

Развивается под действием смешанной флоры, где преобладают стрептококки, иногда стафилококки и пневмококки. Могут обнаруживаться палочковидные формы (гр+ и гр-), анаэробная инфекция.

Патогенез.

Развитие острого воспалительного процесса в периодонте первично возникает в результате проникновения инфекции через отверстие в верхушке зуба, реже через патологический карман.

Поражение апикальной части периодонта может наблюдаться при воспалительных изменениях пульпы, её омертвлении, когда обильная микрофлора канала зуба распространяется в периодонт через верхушечное отверстие корня зуба. Иногда гниlostное содержимое корневого канала проталкивается в периодонт во время жевания, под давлением пищи.

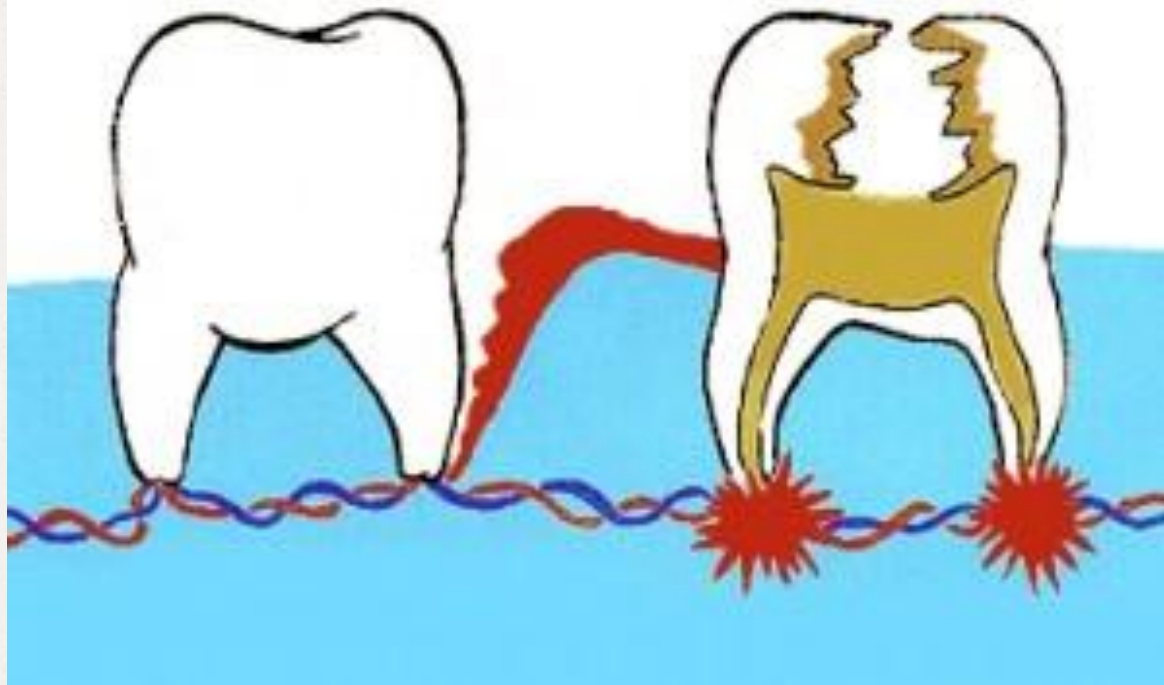
Маргинальный (краевой) периодонтит возникает вследствие проникновения инфекции через десневой карман, при травме, попадании на десну лекарственных веществ, в том числе и мышьяковистой пасты. Проникшие в периодонтальную щель микробы размножаются, образуют эндотоксины и вызывают воспаление в тканях периодонта.

Большое значение в развитии первичного острого воспаления имеют некоторые местные особенности:

- отсутствие оттока из пульповой камеры и канала (наличие не вскрытой камеры пульпы, пломбы);
 - микротравма при активной жевательной нагрузке на зуб с поражённой пульпой
- Общие причины: переохлаждение, перенесённые инфекции

маргинальный
(краевой)
периодонтит

апикальный
(верхушечный)
периодонтит





Маргинальный периодонтит



Патологическая анатомия.

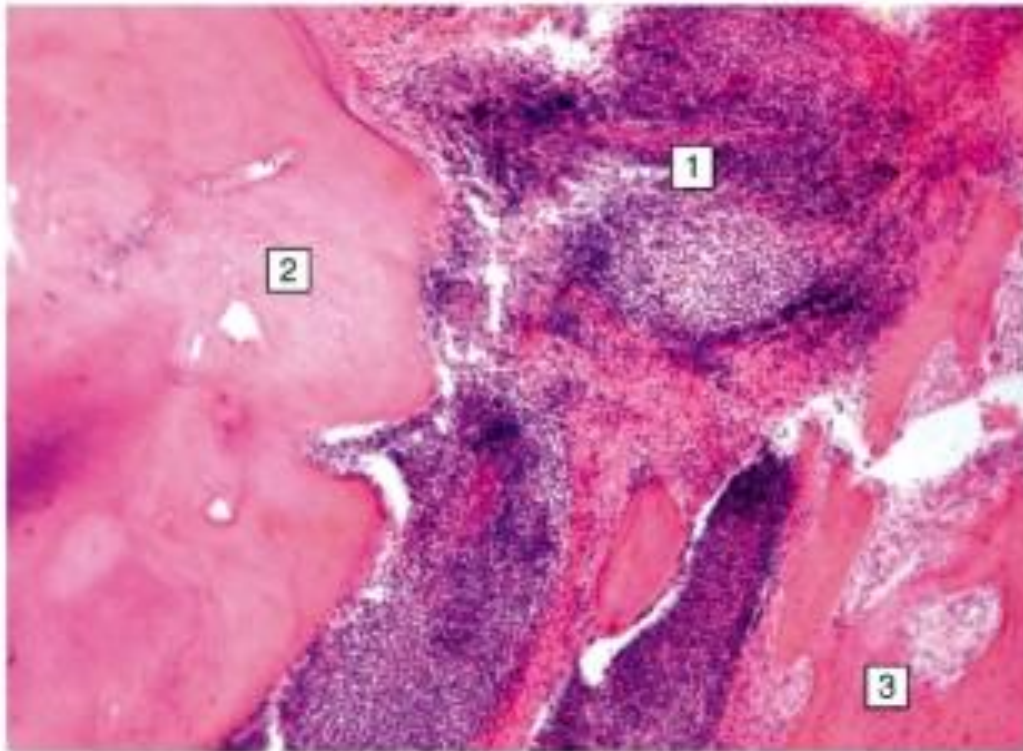
Две фазы развития – интоксикация и выраженный экссудативный процесс

Фаза интоксикации: происходит миграция различных клеток – макрофагов, мононуклеаров, гранулоцитов и др. в зону скопления микробов

Фаза выраженного экссудативного процесса: нарастание воспалительных явлений, образование микроабсцессов, происходит расплавление тканей периодонта, формирование гнойника

Микроскопическое исследование.

В начальных стадиях – гиперемия, отек, небольшая лейкоцитарная инфильтрация участка периодонта в окружности верхушки корня. В этот период обнаруживаются периваскулярные лимфогистоцитарные инфильтраты. Далее нарастание воспалительных процессов, усиление лейкоцитарной инфильтрации, образование отдельных гнойных очажков – микроабсцессов, расплавление ткани периодонта.



Микропрепарат. **Острый гнойный апикальный периодонтит**: в ткани зубной связки в области верхушки корня - обильное скопление нейтрофильных лейкоцитов (гнойный экссудат) с гистолизом периапикальных тканей (абсцесс периодонта - 1); 2 - дентин; 3 - кость альвеолы.

Окраска гематоксилином и эозином: x120

Изменения в:

- Костной ткани стенок альвеолы
- Периоста альвеолярного отростка
- Околочелюстных мягких тканей
- Тканей регионарных лимфатических узлов

В костномозговых пространствах – отек костного мозга и более или менее выраженная, иногда диффузная, инфильтрация его нейтрофильными лейкоцитами

В области кортикальной пластинки – лакуны, заполненные остеокластами с преобладанием рассасывания.

Воспалительные изменения в кости альвеолы и других тканях носят реактивный, перифокальный характер

Клиническая картина.

- Боль в причинном зубе, усиливающаяся при надавливании на него, жевании, простукивании по жевательной или режущей поверхности;
- Характерно ощущение как бы вырастания или удлинения зуба
- Усиление болевых ощущений;
- Боли становятся непрерывными или с короткими светлыми промежутками, нередко принимают пульсирующий характер;
- Тепловое воздействие, принятие горизонтального положения, прикосновение к зубу вызывают значительные болевые ощущения;
- Иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва;
- Усиление болей при надкусывании, прикосновение к зубу заставляет больного держать рот полуоткрытым;
- Общее состояние больного удовлетворительное
- Увеличение и болезненность лимфатических узлов связанных с пораженным зубом

- У отдельных больных может быть нередко выраженный коллатеральный отек соседних с пораженным зубом окологлазничных мягких тканей;
- Слизистая оболочка десны, альвеолярного отростка, а иногда и переходной складки в проекции корня зуба гиперемирована и отечна;
- Иногда при давлении инструментом на мягкие ткани преддверия рта по ходу корня и по переходной складке остается вдавление, свидетельствующее об их отеке.

Диагноз ставится на основании характерной клиники и данных обследования.

Температурные раздражители, данные электроодонтометрии указывают на отсутствие реакции пульпы вследствие её некроза.

На рентгенограмме патологических изменений в периодонте может не выявляться или обнаруживается расширение периодонтальной щели.

При обострении хронического процесса возникают изменения, характерные для гранулирующего, гранулематозного, редко фиброзного периодонтитов.

Кровь: нейтрофильный лейкоцитоз

Дифференциальный диагноз с:

- Острым пульпитом - при диффузном воспалении пульпы боли приступообразные, при ОП – боли постоянные, наблюдаются воспалительные изменения в прилежащей к зубу десне, перкуссия более болезненна. Кроме этого, помогают диагностике данные электроодонтометрии.
- Острым гнойным периоститом – более выраженные жалобы, лихорадочные реакции, наличие коллатерального воспалительного отека околочелюстных мягких тканей и разлитая инфильтрация по переходной складке челюсти с образованием надкостничного гнойника. Перкуссия зуба при периостите малоболезненна или болезненна в отличие от острого периодонтита.
- Острым остеомиелитом челюсти – воспалительные изменения прилежащих тканей по обе стороны альвеолярного отростка и тела НЧ. При ОП – перкуссия резко болезненна в области одного зуба, при остром остеомиелите – нескольких зубов.

- **Нагноения околокорневой кисты** – наличие ограниченного выбухания альвеолярного отростка, иногда отсутствие в центре костной ткани, смещение зубов – характерно для нагноившейся кисты. На рентгене: участок резорбции кости округлой или овальной формы.
- **Острое одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи** – боль может развиваться в одном или нескольких прилежащих к ней зубах. Однако заложенность соответствующей половины носа, гнойные выделения из носового хода, головные боли, общее недомогание характерны для острого воспаления верхнечелюстной пазухи. Нарушение прозрачности верхнечелюстной пазухи, выявляемое на рентгенограмме, позволяет уточнить диагноз.

Лечение.

Первое посещение –

В первое посещение прежде всего необходимо дать отток гноем из периодонта, а также снять симптомы интоксикации в организме больного. Последовательность действий будет следующая:

1. Рентгеновский снимок –

он необходим, чтобы понимать имеем ли дело с острым воспалением или обострением хронического процесса. Это важно, т.к. есть различия в этапах лечения этих двух форм периодонтита.

2. Проведение анестезии

3. Высверливание всех пораженных кариесом тканей

4. Удаление некротизированной пульпы –

проводится, если периодонтит возник на фоне ранее невылеченного пульпита зуба. Если же периодонтит возник на фоне некачественно запломбированных корневых каналов, то тогда необходимо высверлить пломбу зуба и распломбировать корневые каналы.

5. Измерение длины корневых каналов

6. Инструментальная обработка корневых каналов –

необходима для того, чтобы расширить каналы и иметь возможность их качественно запломбировать. Параллельно должна проводиться медикаментозная обработка корневых каналов при помощи струйного промывания растворами антисептиков. В конце этого этапа проводится расширение апикального отверстия корневого канала на верхушке корня зуба, чтобы облегчить отхождение гноя из периодонта в области верхушки корня.

Временная пломба не накладывается, зуб оставляется «открытым» до второго посещения. Однако нужно обязательно предупредить пациента, чтобы он перед едой закладывал в кариозную полость ватный тампон. Это необходимо для того, чтобы корневые каналы не забились пищевыми остатками и не нарушилось отхождение гноя. Если на десне есть **флюс** (рис.7-8) , то также может потребоваться проведение разреза по десне.

Назначения врача после первого посещения:

общее лечение периодонтита необходимо, чтобы уменьшить симптомы интоксикации организма на фоне гнойного воспаления. В основном применяются нижеперечисленные группы препаратов:

- Антибиотик широкого спектра действия в комбинации с Метронидазолом.
- Нестероидные противовоспалительные средства, например, Ибупрофен.
- Антигистаминные препараты: Супрастин, Тавегил по схеме.

Второе посещение (через 2-3 дня) –

Сначала корневые каналы многократно промываются антисептическими растворами, после чего в каждый корневой канал закладывается антисептическое лекарственное средство длительного действия. На зуб ставится временная пломба.

Третье посещение –

Если боли стихли и отсутствует гнойное отделяемое в корневых каналах, то корневые каналы снова промываются и пломбируются гуттаперчей на постоянной основе. После пломбирования каналов делается контрольный рентгеновский снимок, подтверждающий, что все корневые каналы были запломбированы до верхушки корня.

Постоянная пломба на коронку зуба ставится только в четвертое посещение. Нельзя ставить постоянную пломбу в одно посещение с пломбированием корневых каналов!

Профилактика основывается на санации полости рта, своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, функциональной разгрузке зубов при помощи ортопедических методов лечения, а также на проведении гигиенических и оздоровительных мероприятий.

Хронический периодонтит (верхушечный)

- Хроническое воспаление периодонта, возникающее как переход острого процесса в хронический или формирующееся, минуя острую стадию.

Встречается чаще, чем острый.

Морфологическая и клиническая картина ХП разнообразна.

Различают ХП:

- Гранулирующий
- Гранулематозный
- Фиброзный

Установлено, что многие случаи хронического гранулирующего и гранулематозного периодонтитов связаны с недостаточным эндодонтическим лечением.

Гранулирующий периодонтит

Патологическая анатомия.

Микроскопическое исследование: в верхушечной части корня зуба значительное утолщение и гиперемия корневой оболочки. Поверхность измененного участка периодонта неровная и представляет собой разрастание вялых грануляций. Рассасывание костной ткани в окружности воспалительного очага и замещение костного мозга грануляционной тканью.

В результате обострений воспалительного процесса гранулирующий очаг в периодонте постепенно распространяется на новые участки альвеолы, в основном в сторону преддверия рта, что приводит в некоторых случаях к образованию узур в компактной пластинке альвеолярного отростка. Отток гноя и прорастание грануляций способствуют возникновению свищевого хода. Иногда гранулирующий очаг распространяется в прилежащие мягкие ткани, образуя надкостничную, подслизистую или подкожную гранулему.

Клиническая картина.

- ❑ Чаще больные жалуются на болезненность при приёме твёрдой и горячей пищи, иногда боль усиливается при давлении;
- ❑ При гранулирующем периодонтите часто бывают обострения различной интенсивности. Активность воспалительного процесса проявляется периодическими болями в зубе при надавливании на него или надкусывании;
- ❑ Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области верхушки корня зуба с гранулирующим очагом в периодонте, обычно слегка отечна и гиперемирована, при надавливании пинцетом или зондом на десну остается отпечаток инструмента;
- ❑ При вовлечении в патологический процесс мягких тканей на слизистой оболочке возникает свищевой ход. Он располагается чаще на уровне верхушке пораженного зуба в виде точечного отверстия или маленького участка выбухающих грануляций. Иногда свищевой ход на какое-то время закрывается;

- При прорастании хронического гранулирующего очага из периодонта под надкостницу и в мягкие ткани, окружающие челюсти – подслизистую и подкожную клетчатку, возникает одонтогенная гранулёма:

Три типа одонтогенной гранулёмы:

- *Поднадкостничная* – выбухание кости альвеолярного отростка, чаще округлой формы, соответственно поражённому зубу. Слизистая оболочка над этим участком чаще не изменена, иногда могут быть небольшие воспалительные явления;
- *Подслизистая* – определяется как ограниченный плотный очаг, расположенный в подслизистой ткани переходной складки или щеки в непосредственной близости от зуба, явившегося источником инфекции, и связанный с ним при помощи тяжа. Слизистая оболочка над очагом не спаяна. Нередко наблюдаются обострение процесса и нагноение подслизистой гранулёмы. Слизистая оболочка спаивается с подлежащими тканями, приобретает ярко-красный цвет.

- *Подкожная* – для неё характерен округлый инфильтрат в подкожной клетчатке, плотный, безболезненный или малоболезненный. От зубной альвеолы к очагу в мягких тканях идёт соединительный тяж. Она может нагнаиваться, создавая картину обострения. В таких случаях кожа спаивается с подлежащими тканями, приобретает интенсивно-розовый или красный цвет, появляется участок размягчения.

Диагноз основывается на клинической картине и рентгенологических данных. На рентгенограмме: очаг разряжения костной ткани в области верхушки корня, линия периодонта в этом отделе не видна из-за инфильтрирующего роста грануляционной ткани, приводящего к рассасыванию стенок лунки, а также цемента и дентина корня. Поверхности их неровные. Компактная пластинка обнаруживается только в боковых отделах.

Дифференциальный диагноз с:

- **Околокорневой кистой** - при гранулирующем периодонтите с поднадкостничной гранулемой как и при околокрневой кисте имеется выбухание альвеолярного отростка. Однако при кисте наблюдается смещение зубов, иногда отсутствует кость в области выбухания и на рентгенограмме имеется очаг резорбции кости значительных размеров с чёткими ровными контурами.

- **Ограниченным остеомиелитом** – наличие свища на лице, слизистой оболочке полости рта, гноетечение из него обуславливают сходство гранулирующего периодонтита и ограниченного остеомиелита челюсти. Но для ограниченного остеомиелита характерна острая стадия болезни, сопровождающаяся симптомами интоксикации; в хронической стадии на рентгенограмме наблюдаются очаги резорбции кости и тени секвестров.
- **Актиномикозом лица и шеи** – при хроническом периодонтите свищ одиночный, при актиномикозе свищи располагаются в центре разлитых или отдельных мелких инфильтратов.

Гранулематозный периодонтит (гранулема)

- эта форма околоверхушечного хронического воспалительного процесса часто развивается из гранулирующего периодонтита и протекает менее активно.

Патологическая анатомия.

Микроскопически отмечается разрастание грануляционной ткани в окружности верхушки корня. По периферии грануляционная ткань созревает, образуя фиброзную капсулу, и возникает гранулёма.

В верхушечной части корня, непосредственно прилегающей к ней разрастаниям грануляционной ткани, обнаруживаются участки рассасывания цемента, иногда и дентина. На участках корня, соприкасающихся с её капсулой, нередко отмечается новообразование цемента, а иногда и отложение избыточного цемента.

В зависимости от строения гранулёмы различают:

- 1) *Простую гранулёму*, состоящую из элементов соединительной (грануляционной) ткани;
- 2) *Эпителиальную гранулёму*, в которой между участками грануляционной ткани находятся тяжи эпителия;
- 3) *Кистовидную гранулёму*, содержащую полости, выстланные эпителием;

Клиническая картина:

- ❖ Течение бывает различным. Нередко гранулёма долго не увеличивается или растёт крайне медленно. При этом больной не предъявляет жалоб. Лишь случайно при рентгенологическом исследовании обнаруживается гранулематозный очаг;
- ❖ Гранулёмы, так же как и очаги гранулирующего периодонтита, нередко располагаются не у самой верхушки корня, а несколько сбоку. При этом на поверхности альвеолярного отростка соответственно проекции верхушки корня в результате происходящей перестройки костной ткани и явлений оссифицирующего периостита можно обнаружить небольшое, безболезненное взбухание без чётких границ;
- ❖ У некоторых больных гранулёма постепенно увеличивается. Обычно это связано с обострениями воспалительного процесса и соответствующими изменениями в тканях гранулёмы: гиперемией, отёком, увеличением количества нейтрофильных лейкоцитов, абсцедированием.

Диагноз ставится на основании клиники, но чаще по рентгенологическим данным.

На рентгенограмме: в околоверхушечной области определяется круглый очаг разрежения костной ткани с чёткими ровными границами. При правильно проведенном лечении на месте гранулематозного очага определяются изменения, характерные для фиброзного периодонтита, или образование участка склерозированной костной ткани.

Дифференциальный диагноз с:

- Околокорневой кистой – в случае выбухания альвеолярного отростка; На рентгенограмме при гранулематозном периодонтите – участок резорбции кости 0,5-0,7 см диаметром, при кисте – значительная резорбция кости с чёткими контурами

Фиброзный периодонтит

Под влиянием лечебных мероприятий, иногда и самопроизвольно может произойти рубцевание гранулирующего или гранулематозного очага в периодонте и восстановление на этом участке костной ткани. При этом в окружности верхушки корня образуется ограниченный воспалительный очаг вследствие разрастания фиброзной ткани – фиброзный периодонтит.

Патологическая анатомия.

Микроскопически при фиброзном периодонтите участок периодонта удаленного зуба утолщен, плотен.

Утолщённые участки корневой оболочки в области локализации патологического процесса, как правило, имеют бледно-розовую окраску. Эти изменения оболочки корня захватывают в некоторых случаях лишь окружность его верхушки, в других случаях процесс бывает диффузным и распространяется на весь периодонт. Очень часто ФП сопровождается гиперцементозом.

При микроскопическом исследовании обнаруживаются бедные клетками пучки грубоволокнистой соединительной ткани, между которыми изредка располагаются очажки круглоклеточной инфильтрации. Нередко среди фиброзной ткани можно обнаружить участки грануляционной ткани различных размеров. На участках корня, ранее подвергшихся резорбции, имеются отложения вторичного цемента. Иногда массы такого избыточного цемента наслаиваются почти по всей поверхности корня. В отдельных случаях происходит склерозирование костной ткани, прилегающей у фиброзно-изменённому периодонту.

Клиническая картина.

- ❖ При фиброзном периодонтите больные обычно не предъявляют жалоб;
- ❖ При жевании или перкуссии не отмечается чувствительности зуба или болевых ощущений;
- ❖ При обследовании полости рта можно обнаружить зуб с некротизированной пульпой;

Диагноз ставят на основании рентгенографии.

На рентгенограмме: расширение линии периодонта у верхушки корня. Иногда в результате гиперцементоза обнаруживается значительное утолщение верхушечного участка корня. Костная пластинка, ограничивающая расширенную линию периодонта, нередко утолщена, склерозирована.

Дифференциальный диагноз по рентгенологической картине.

Лечение ХП

Хирургическое:

- Удаление зуба
- Реплантация
- Трансплантация
- Имплантация
- Резекция верхушки корня зуба (иногда гемисекция, ампутация корня зуба)

УДАЛЕНИЕ ЗУБА.

- После удаления зуба при гранулирующем и гранулематозном периодонтите следует тщательно выскоблить грануляционные разрастания и гранулёмы.
- При наличии свищевого хода на десне следует провести ревизию и выскоблить грануляции по всей его протяженности. В отдельных случаях целесообразно иссечь свищевой ход и рану зашить, наложив 2-3 погруженных кетгутовых и 3-4 волосяных, полиамидных или других шва.
- При хроническом гранулирующем периодонтите, осложнённом подслизистой, подкожной, поднадкостничной гранулёмами, после удаления зуба проводят выскабливание гранулематозных разрастаний из-под слизистой оболочки, надкостницы, подкожной клетчатки и кожи.
- При удалении патологических тканей в подкожной клетчатке и на коже лица предварительно рассекают тяж по переходной складке и образовавшуюся рану тампонируют йодоформной марлей. Очаг в мягких тканях выскабливают, иссекают свищевой ход и рану ушивают.

С эстетической целью, особенно при значительной втянутости свища и рубцовых изменениях, после его иссечения проводят пластику тканей путем перемещения двух встречных треугольных лоскутов.

В послеоперационном периоде назначают анальгин, амидопирин и другие анальгетики, на 3-4-й физические методы лечения.

Реплантация – возвращение в лунку удалённого зуба.

- Операция проводится при безуспешности или невозможности консервативной терапии, нежелательности удаления зуба.
- Она заключается в удалении зуба, выскабливании патологических тканей из альвеолы и с поверхности корня
- После пломбирования каналов и резекции верхушек корней зуб вводят в лунку и фиксируют там.
- Производят реплантацию преимущественно **многокорневых зубов**.

Показания к реплантации зуба:

- Безуспешность консервативных и других хирургических способов лечения хронических форм (гранулематозной и гранулирующей) апикального периодонтита
- Вывих зуба
- Травматическое удаление соседних зубов как осложнение во время операции удаления зуба
- При острых и обострившихся хронических периодонтитах

Этапы реплантации зуба:

Первый этап – удаление причинного зуба – необходимо проводить осторожно и аккуратно для того, чтобы не повредить ткани зубной альвеолы
Удаленный зуб необходимо поместить в теплый раствор хлорида натрия, смешанный с антибактериальными средствами

При наличии патологических очагов хронической инфекции (гранулемы или грануляций) необходимо их удалить хирургической ложкой, затем нужно промыть лунку растворами антибиотиков

Если проводится девитальная реплантация, то следующим этапом будет механическая обработка каналов, их пломбирование

Резекция верхушек корней зуба

Возвращение зуба в альвеолу, фиксация шиной, специальной пластинкой, изготовленной из быстротвердеющей пластмассы, или каппой на срок от одного до полутора месяцев

На время шинирования зуб должен быть выведен из окклюзии (прикуса), для этой цели можно сошлифовать бугры этого зуба или зубов-антагонистов.

В случаях, когда зуб вовлечен в острый воспалительный процесс (обострение хронических форм периодонтита или его острая фаза), то лучше проводить отсроченную реплантацию. В таком случае после операции удаления зуба лунку необходимо затампонировать пропитанной антибиотиком марлей, а сам удаленный зуб поместить в емкость с раствором, состоящим из натрия хлорида и антибактериальных средств.

После того, как стихнут острые воспалительные явления (обычно около недели), удаляют тампон из альвеолы и возвращают в нее зуб, затем фиксируют зуб с помощью шины.

В случае, если у Вас произошел полный вывих зуба (он полностью удалился из лунки), то необходимо поместить его в молоко, и в таком виде принести к врачу-стоматологу. Если такие зубы здоровы, не поражены кариозным процессом, не разрушены, отсутствуют симптомы периодонтита тяжелой формы, в принципе их можно попробовать сохранить. Но решать вопрос о судьбе зуба нужно в каждом случае индивидуально.

В большинстве случаев реплантация зубов имеет благоприятный исход, такие зубы сохраняются на очень длительный срок – около (а иногда даже и более) 10 лет.

Процесс приживления длится от 3-4 до 6-10 недель.

Время функционирования реплантированных зубов не превышает 5 лет, затем постепенно происходит рассасывание корней, зуб становится подвижным и подлежит удалению.

Аутотрансплантацию зуба (пересадка зуба в другую альвеолу) производят редко.

Она показана при удалении разрушенного зуба и при невозможности пересадки на его место сверхкомплектного зуба.

Методика операции идентична реплантации зуба, однако её исходы не всегда бывают благоприятными. Заживление часто осложняется из-за травмы кости при формировании зубной альвеолы для зуба.

Аллотрансплантация зуба – пересадка зуба от одного человека другому – разработана мало, хотя имеются сведения о единичных успехах. Главными моментами этой операции являются подбор зуба вместо удаленного, правильная предварительная консервация его и преодоление реакции отторжения после пересадки. Методика та же, что и при реплантации.

Имплантация зуба является разновидностью аллотрансплантации или эксплантации. Это более перспективная операция. В лунку или кость челюсти вводят имплантат из металла или биоматериалов. Имплантаты используют для фиксации коронок, мостовидных и съёмных протезов и в других случаях.



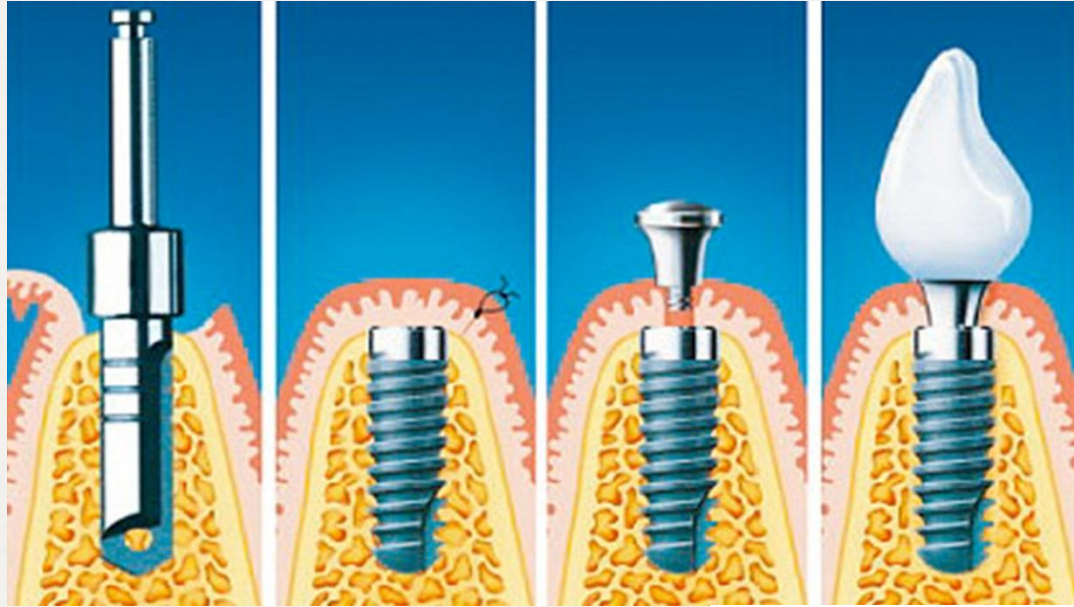
Для укрепления зуба и в комплексном лечении ХП применяется также ***эндодонто-эндооссальная имплантация***. Имплантаты при этом вводят через канал зуба в кость. Можно применять индивидуально сделанные имплантаты или при хорошо сохранившейся коронке использовать простой и с резьбой штифты. **Эндодонто-эндооссальную имплантацию** можно сочетать с резекцией верхушки корня, удалением патологических тканей из околозубного очага и заполнением костной полости и пространства у имплантата биоматериалами.

При лечении ХП применяют также внутрикостные зубные имплантаты разных форм – плоской или круглой. После удаления зуба или корня можно вводить пластиночные или цилиндрические имплантаты. В таких случаях после осторожного удаления зуба или корня имплантат вводят через лунку в кость.

Через 3 недели после операции на головке пластиночного имплантата фиксируют временную коронку или каппу, выведенные из прикуса.

Имплантат винтовой формы зашивают наглухо.

Зубной протез фиксируют основательно на 3-4-м месяце – при плоском имплантате и на 4-6м месяце – при винтовом.



ОСЛОЖНЕНИЯ после имплантации обусловлены:

- Характером взаимодействия конструкции имплантата с окружающими тканями.
- Необходима биосовместимость их, в противном случае не происходит остеоинтеграции имплантата и окружающей кости.

Причины осложнений:

- ✓ Неправильная и травматичная техника введения имплантата;
- ✓ Неправильное ортопедическое лечение, что ведет к отторжению имплантата;
- ✓ Перегрев тканей, в том числе костной;
- ✓ Плохая гигиена полости рта и надальвеолярной части имплантата
- ✓ Неточности клинической и рентгенологической диагностики при имплантации могут вести к прободению верхнечелюстной пазухи, носовой полости, к повреждениям нижнего альвеолярного нерва, вестибулярной и оральной стенки альвеолярного отростка;

ИСХОД.

При правильной оценке общего статуса организма, клинико-рентгенологической обоснованности имплантации, выборе его конструкции, оптимальной технике операции и ортопедической реабилитации исход бывает благоприятным и срок функционирования имплантата достигает 10-15 лет (по данным зарубежных авторов, 10-20 лет).
Средний срок – 5-8 лет.

Гемисекция корня зуба – это резекция и удаление части коронки вместе с одним из корней, имеющим патологический очаг у верхушки.

Операцию производят у первых и вторых больших коренных зубов на ВЧ и НЧ.

Показания:

- Резорбция кости межкорневой перегородки;
- Перфорация одного из корней или наличие у него внутрикостного кармана;

Не следует производить операцию при:

- Деструкции кости у всех корней зуба;
- Выраженном гиперцементозе удаляемого зуба;
- Предполагаемой неэффективности консервативного лечения остающихся корней зубов;

Возможно два варианта проведения операции гемисекции. В первом случае принцип хода операции следующий. Производится сепарация коронки, то есть коронку распиливают до области бифуркации (места разделения на корни), после чего происходит удаление корня. Другой вариант – лоскутный метод. Хирург отслаивает слизисто-надкостничный лоскут, после чего вырезает причинный корень. Освободившуюся полость заполняют веществом, способствующим заживлению тканей. Лоскут возвращается на место и ушивается.



Ампутация корня зуба.

Удаление корня зуба производят, предварительно отделив его у места бифуркации.

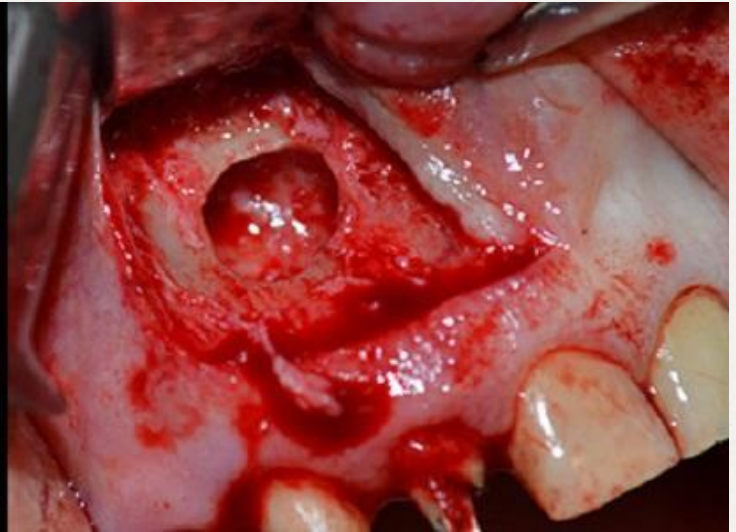
Показания и противопоказания те же, что и при гемисекции.

Удаляют чаще один из щечных корней больших коренных зубов, реже – корень нижних моляров.

Резекция корня зуба.

Показания:

- Когда невозможно устранить хронический воспалительный процесс в периодонте консервативными методами лечения;
- Когда канал зуба закрыт застрявшим в нём инородным телом (головка бора, отломок пульпэкстрактора);
- При перфорации стенки корня в верхушечном отделе
- При недостаточном выполнении канала твердеющим пломбировочным материалом, а также чрезмерном выведении его за верхушку;
- Отсутствие регресса околокорневого патологического очага;
- Наличие свищевого хода после правильно проведенного эндодонтического лечения;



Клинический случай

Заполнение областей удаления ретинированных зубов



Создание операционного поля.



Создание условий для экстерпации.



Вид дефекта после удаления зуба.



Заполнение дефекта крошкой «Остеоматрикс».



Окончательный вид после заполнения дефекта.



Рана ушита и дренирована.

В основном производят резекцию
верхушки корня резцов и клыка, а
также малых коренных зубов на
нижней челюсти

Противопоказания к резекции:

- Острый периодонтит или обострение хронического периодонтита;
- В случаях значительной подвижности зуба при заболеваниях пародонта;
- При разрушении коронки зуба;

Этапы резекции верхушки корня.

- Местное обезболивание (инфильтрационная анестезия – на верхней, проводниковая – на нижней челюсти)
- Разрез (трапециевидный или дугообразный)
- Отслоение слизисто-надкостничного лоскута с помощью распатора или гладилки
- Выпиливание (с помощью фиссурного или шаровидного бора) или выдалбливание (с помощью долота и молотка) передней стенки зубной альвеолы для обнажения верхушки корня (иногда с грануляциями или гранулемой)
- Удаление гранулемы и грануляционной ткани с помощью хирургической кюретажной ложки, при этом оголяется верхушка корня. На верхних премолярах и молярах эту манипуляцию нужно проводить с осторожностью, ведь по близости располагается гайморова пазуха и носовая полость
- Спилывание фрезой или фиссурным бором верхушечной трети корня
- Укладывание на место надкостничного лоскута, наложение швов

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Прободение дна носовой полости (при резекции верхушки первого, а также второго верхних резцов);
- Прободение дна верхнечелюстной пазухи (в области малых коренных зубов и реже клыка);
- Повреждение подбородочного нерва (при резекции верхушек малых коренных зубов);

ИСХОД.

Как правило, хороший. Зубы с резецированными верхушками корней сохраняются многие годы, участвуя в жевании и являясь опорой для несъемных протезов.

Периостит

```
graph TD; A[Периостит] --> B[Острый гнойный челюсти]; A --> C[Хронически й периостит челюсти];
```

Острый
гнойный
челюсти

Хронически
й периостит
челюсти

Острый гнойный периостит челюсти – это острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти. Чаще процесс развивается на нижней челюсти.

Причина развития периостита на НЧ: первые большие коренные зубы, зуб мудрости, реже – вторые большие коренные и вторые малые коренные.

ЭТИОЛОГИЯ.

При исследовании гноя в случае острых гнойных периоститов находят смешанную флору, состоящую из стрептококков и стафилококков различных видов, гр+ и гр- палочек и нередко гнилостных бактерий.

ПАТОГЕНЕЗ.

Острый гнойный периостит является осложнением острого или обострения хронического периодонтита, в том числе маргинального. Этот процесс может возникать также при: затруднённом прорезывании зубов, нагноении радикулярных кист, воспалении полуретенированных, ретенированных зубов, одонтоме, заболеваниях пародонта.

А также может осложнять консервативное лечение зубов.

Общие неблагоприятные факторы:

- Охлаждение
- Переутомление
- Стрессовые ситуация

```
graph LR; A[Охлаждение] --- B[ ]; B --- C[ ]; C --- D[ ]; E[Переутомление] --- B; F[Стрессовые ситуация] --- B; B --- G[Фон для развития Воспалительных процессов];
```

Фон для развития
Воспалительных
процессов

При острых и обострившихся хронических периодонтитах гнойный очаг может не иметь возможности опорожниться через канал зуба или десневой карман или отток через них бывает недостаточным.

Экссудат начинает распространяться из периодонта в сторону надкостницы. Инфекция проникает через мелкие отверстия в компактной пластинке альвеолы, по питательным каналам и каналам остеонов.

Определенное значение имеет остеокластическая резорбция.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

При развитии острого процесса в надкостнице наблюдается её утолщение вследствие отека, разволокнение и частичное отслоение от подлежащей ткани.

Микроскопическое исследование: инфильтрация надкостницы и подлежащих мягких тканей лейкоцитами, имеются сосудистые изменения – полнокровие сосудов, стаз, участки кровоизлияний в отдельных местах.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

- Жалобы на боли, припухлость мягких тканей лица, нарушение общего самочувствия, повышение температуры тела;
- Иррадиация боли по ходу тройничного нерва: в ухо, висок, глаз;
- Под влиянием тепла усиление боли;
- Воспалительный отек;
- Наблюдается в разной степени выраженности регионарный лимфаденит;
- В преддверии рта наблюдается отек и гиперемия слизистой оболочки альвеолярного отростка, переходной складки и щеки на протяжении 3-5 зубов;
- Переходная складка вследствие воспалительной инфильтрации утолщается, сглаживается и при ощупывании отмечается диффузный болезненный валикообразный инфильтрат;
- Через 5-6 дней, а иногда и раньше участок периоста прорывается в результате омертвения и расплавления его под действием гноя, который проникает под слизистую оболочку;

- Боли значительно уменьшаются;
- По переходной складке возникает ограниченная припухлость в виде валика, покрытая тонкой слизистой оболочкой. Гной нередко просвечивает через неё, придавая желтоватый цвет слизистой оболочке, при пальпации чётко определяется флюктуация. Гнойник может самопроизвольно вскрываться в полость рта, после чего боли стихают и воспалительные явления идут на убыль.;
- Острый периостит НЧ с язычной поверхности альвеолярного отростка характеризуется коллатеральным отеком и увеличением лимфатических узлов в поднижнечелюстном треугольнике. Иногда отмечается нерезко выраженный отек тканей щёчной области;
- Открывание рта свободное, но у отдельных лиц в связи с инфильтрацией медиальной крыловидной мышцы может быть болезненным и ограниченным;
- Боли при глотании и разговоре (при периостите с язычной стороны)
- Отёк нёбно-язычной и нёбно-глоточной дужек;



ДИАГНОЗ.

На основании данных клинической картины и лабораторных исследованиях.

- Лейкоцитоз, значительный нейтрофилез;
- СОЭ в норме или немного повышен до 15-20 мм/час;
- Увеличение СОЭ в динамике заболевания может указывать на недостаточность оперативного вмешательства или развитие вторичного кортикального остеомиелита;
- У некоторых больных может быть белок в моче – от следов до 0,33г/л и лейкоциты в поле зрения (10-20);

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ С:

- **ОСТРЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ:** различие определяется локализацией очага воспаления (периостит протекает на поверхности альвеолярного отростка, а периодонтит внутри лунки); коллатеральный отек при периодонтите ограничивается десной, не распространяясь на мягкие ткани; В отличие от острого периодонтита острый периостит характеризуется отсутствием или наличием незначительной болевой чувствительности при перкуссии зуба, явившегося источником инфекции. Воспалительные изменения слизистой оболочки по переходной складке при остром периодонтите бывают в виде отека, а при остром периостите челюсти – воспалительной инфильтрации. При периостите – гнойный секрет из околоушной и поднижнечелюстной желез.
- **ОСТРЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ:** острый остеомиелит челюсти характеризуется выраженной интоксикацией организма (лихорадка, головная боль, разбитость, слабость, озноб), более выражена реакция регионарных лимфатических узлов; на НЧ при остеомиелите наблюдается **онемение нижней губы и кожи подбородка – с. Венсана**

- АБСЦЕССОМ
- ФЛЕГМОНОЙ
- ЛИМФАДЕНИТОМ

ЛЕЧЕНИЕ.

Комплексное (консервативное + оперативное вскрытие гнойника)

В начальной стадии острого периостита челюсти (острый серозный периостит) лечение можно начать с вскрытия полости зуба, удаления распада из каналов и создания условий для оттока, в других случаях - с удаления нарушенного зуба, являющегося источником инфекции. Все манипуляции проводят под инфильтрационной или проводниковой анестезией. Эти лечебные мероприятия вместе с лидокаиновой или тримекаиновой блокадой с антибиотиками, протеолитическими ферментами по переходной складке до кости, лекарственной терапией могут способствовать стиханию воспалительных явлений.

При остром гнойном периостите челюсти проводят неотложное оперативное вмешательство - вскрытие гнойного поднадкостничного очага и создание оттока экссудата (первичная хирургическая обработка гнойной раны). Эта операция обычно осуществляется в амбулаторных условиях, в отдельных случаях - в стационаре.

Хирургическое лечение по поводу острого гнойного периостита производят под местным обезболиванием - проводниковой или инфильтрационной анестезией. Для инфильтрационной анестезии используют тонкую иглу, через которую обезболивающий раствор медленно вводят под слизистую оболочку и инфильтрируют ткани по намеченной линии разреза. Иглу не следует вводить в полость гнойника. Хороший эффект дает лекарственная подготовка больных. Иногда операцию проводят под наркозом.

Если поднадкостничный гнойник расположен в области преддверия рта, то разрез лучше проводить клювовидным скальпелем параллельно переходной складке через весь инфильтрационный участок; рассекают слизистую оболочку, подслизистую ткань и надкостницу до кости соответственно 3-5 зубам. Чтобы предупредить слипание краев раны и обеспечить отток гноя, в рану рыхло вводят узкую полоску тонкой (перчаточной) резины.

При локализации гнойника под надкостницей в области бугра верхней челюсти разрез производят по переходной складке в области моляров верхней челюсти, но для вскрытия воспалительного очага следует пройти распатором или желобоватым зондом из разреза по кости в направлении бугра верхней челюсти (назад и внутрь). Таким же способом вскрывают гнойный очаг при периостите верхней челюсти, распространившемся на клыковую ямку.

Воспалительный очаг при периостите с язычной поверхности нижней челюсти рекомендуется вскрывать разрезом слизистой оболочки альвеолярной части до кости в месте наибольшего выбухания инфильтрата. Желобоватым зондом проходят по поверхности кости вниз и, отодвигая надкостницу, дают отток гною.

При небном абсцессе разрез проводят в области наибольшего выбухания тканей, немного отступя от основания альвеолярного отростка, или у средней линии неба, параллельно ей. Затем в операционную рану вводят широкую полоску из тонкой (перчаточной) резины, что позволяет избежать слипания краев раны и создает условия для хорошего оттока гноя. Лучшие результаты дает иссечение стенки гнойника - небольшого участка слизистой оболочки треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя.

Для вскрытия воспалительного очага в области надкостницы ветви челюсти, на ее наружной и внутренней поверхностях, используют особые приемы. При периостите на внутренней поверхности ветви челюсти разрез производят серповидным скальпелем с ограничителем или обычным скальпелем до кости, рассекают ткани в ретромолярной области (у основания небно-язычной дужки), распатором проходят на внутреннюю поверхность ветви челюсти, создавая отток экссудата из очага воспаления.

Поднадкостничный гнойник по наружной поверхности ветви нижней челюсти следует вскрывать разрезом, проведенным с вестибулярной стороны на уровне второго и третьего больших коренных зубов по косой линии до кости, далее распатором проходят поднадкостнично в направлении угла нижней челюсти, отводя кнаружи жевательную мышцу. В рану после вскрытия очага обязательно глубоко вводят резиновую полоску для дренирования. Отсутствие на следующие сутки эффекта от такого вмешательства является основанием для госпитализации и проведения оперативного вмешательства наружным доступом. У детей должны быть расширены показания к госпитализации, лечение детей до 10 лет проводят в стационаре.

Вскрытие надкостничных очагов у детей должно быть щадящим. Надкостницу надо хорошо отслоить, но не травмировать кость инструментом во избежание травмы зачатков зубов.

После вскрытия гнойного очага целесообразно дать больному прополоскать рот слабым раствором перманганата калия или 1--2 % раствором натрия гидрокарбоната, а также необходимо промыть рану раствором хлоргексидина. Хороший эффект дают орошение полости абсцесса раствором димексида с оксациллином и аппликации на рану 40 % раствора линимента димексида в течение 15 мин.

Если зуб, явившийся источником инфекции, разрушен и не представляет функциональной или эстетической ценности, то его следует удалить одновременно с вскрытием поднадкостничного гнойника. Это позволит улучшить опорожнение гнойного очага и будет способствовать более быстрой ликвидации воспалительных явлений. Удаление зуба иногда откладывают в связи с предполагающимися техническими трудностями или неудовлетворительным состоянием больного. В других случаях зуб сохраняют: раскрывают его полость, освобождают канал корня от продуктов распада и затем проводят консервативное лечение хронического периодонтита. Особенно важно удалить источники инфекции у детей - молочные зубы, а при невозможности консервативного лечения и постоянные зубы.

Лекарственное лечение острого гнойного периостита заключается в назначении сульфаниламидных (сульфадиметоксин, сульфадимезин и др.) и нитрофурановых (фуразолидон, фурадонин) препаратов, пиразолоновых производных (анальгин, амидопирин, фенацетин и др., а также их комбинации), антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин, диазолин и др.), препаратов кальция, витаминов (поливитамины, витамины С по 2-3 г в сутки).

Больного приглашают на прием на 2-й день после операции. При осмотре и опросе определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. Во время перевязки осуществляют местное лечение раны, соблюдая рекомендации, приведенные ранее.

При остром гнойном периостите челюсти для более быстрого прекращения воспалительных явлений на 2-й день после вскрытия гнойника следует назначить физические методы лечения: светотеплолечение (соллюкс-лампа), теплые ванночки из антисептических или дезодорирующих растворов, мазевые повязки (левомиколь, левамизоль, вазелин, 20 % камфорное масло, масло облепихи, шиповника), УВЧ-, СВЧ-терапию, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми и инфракрасными лучами. Рекомендуют ЛФК.

В большинстве случаев воспалительные явления быстро (через 2-3 дня) идут на убыль. Если стихание воспаления задерживается, то 2-3 раза проводят блокаду: внутри- или внеротовую инфильтрацию 0,25-0,5 % раствором тримекаина, 40-50 мл лидокаина с ферментами, антибиотиками (линкомицин). Ослабленным больным, пациентам с сопутствующими заболеваниями, детям и пациентам группы риска, а также лицам с нарастанием воспалительных явлений назначают антибиотики. Обязательным условием эффективности антибиотикотерапии является вскрытие гнойника (первичная хирургическая обработка). В условиях поликлиники целесообразно назначать антибиотики широкого спектра действия (полусинтетические пенициллины, тетрациклин, олететрин, оксациллин, макролиды). Обязательно назначение производных метронидазола по 200 000 ЕД 3 раза в сутки в течение 5-6 дней, в стационаре - инъекции этих препаратов 3-4 раза в течение 6-7 дней.

Одонтогенный остеомиелит челюсти

- инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс в костной ткани челюстей.

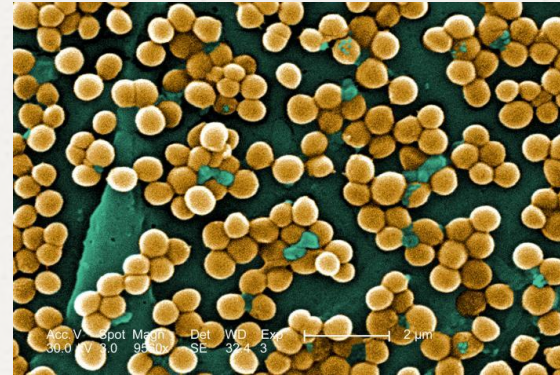
По классификации В.В.Паникаровского и А.С.Григорьяна (1975), острый остеомиелит является подвидом «остита». Ю.И.Вернадский (1985), А.Г.Шаргородский (1985) считают более правильным называть это заболевание паноститом. И.И.Ермолаев (1977) под остеомиелитом подразумевает только такой гнойный воспалительный процесс в кости, при котором выражен ее некроз. Согласно классификации А.И.Евдокимова и Г.А.Васильева, авторы учебника предпочитают пользоваться общепризнанным термином «остеомиелит

Большинство авторов отмечают преимущественное заболевание одонтогенным остеомиелитом челюсти лиц в возрасте от 20 до 40 лет, чаще мужчин.

Поражение нижней челюсти встречается значительно чаще, чем верхней.

Этиология одонтогенного остеомиелита челюсти.

Острый гнойный остеомиелит развивается в результате внедрения одонтогенной инфекции. Среди микрофлоры остеомиелитических гнойных очагов чаще встречаются золотистые и белые стафилококки, стрептококки и другие кокки, некоторые палочковидные формы — нередко в сочетании с гнилостными бактериями. При тяжелых формах остеомиелита челюсти часто обнаруживают анаэробные стрептококки и патогенные штаммы стафилококков.



Причины развития острого одонтогенного остеомиелита челюсти:

- Обострение хронического периодонтита;
- Нагноение радикулярной кисты;
- Послеоперационные осложнения (альвеолит, луночковые боли (состояние между альвеолитом и ограниченным остеомиелитом лунки));
- Обострение перикоронита;
- Обострение хронического гайморита (для ВЧ);
- Гнойно-некротический гингивит;
- Гнойно-некротический гингивостоматит;
- Может быть вызван острым периоститом (вторичный кортикальный);

Патогенез одонтогенного остеомиелита челюсти.

Главным источником инфекции для развития остеомиелита челюсти является микрофлора околоверхушечных, реже — маргинальных зубных очагов. Иногда этот патологический процесс развивается при нагноении околокорневой кисты, других опухолеподобных поражений, а также при стоматогенных входных воротах инфекции.

Для развития остеомиелита челюсти определенное значение имеют врожденные и приобретенные нарушения иммунитета (первичные или вторичные иммунопатологические заболевания и состояния) при диабете, заболеваниях крови; нередко остеомиелит челюсти возникает при ревматизме, полиартритах, болезнях печени, почек и др.

Распространению гнойного процесса из периодонта в толщу кости альвеолярного отростка и тела челюсти благоприятствуют анатомические особенности: наличие в стенках альвеол значительного количества мелких отверстий, через которые проходят кровеносные и лимфатические сосуды, а также нервные стволы. При остром, хроническом периодонтите и его обострениях возникают значительная резорбция и перестройка костной ткани в окружности верхушки корня зуба, расширение естественных отверстий в стенках его альвеолы и образование на некоторых участках широкого сообщения между периодонтом и прилежащими костномозговыми пространствами. В результате этого создаются благоприятные условия для распространения гнойного экссудата из воспаленного периодонта в толщу кости альвеолярного отростка и тела челюсти. Развивается гнойно-некротический процесс костной ткани — остеомиелит челюсти.

Важное значение в развитии остеомиелита имеет кровообращение. Проникновение в кость воспалительного экссудата ведет к нарушению микроциркуляции костного мозга, В основе микроциркуляторных расстройств лежат феномены аллергии:

- 1) сосудистые реакции, обусловленные соединениями антигена с антителами, в которые вовлекаются базофилы или тучные клетки;
- 2) цитотоксические реакции как взаимодействие антиген—антитело на мембранах клеток и тканей;
- 3) реакция антиген—антитело с участием комплемента;
- 4) реакция замедленной гиперчувствительности. Эти механизмы определяют проницаемость сосудистой стенки микроциркуляторного русла красного костного мозга, нарушение свертывающей и фибринолитической систем.

Как конечный результат развиваются тромбоз сосудов костного мозга и гнойное расплавление тромбов, а также нарушение питания, ведущее к некрозу кости. Скопление гноя в кости ведет к внутрикостной гипертензии и вовлечению в процесс экстраоссальных сосудов. Местное нарушение гемодинамики при остром остеомиелите челюсти влияет на общие показатели свертывающей, фибринолитической и других систем крови.

- Таким образом, острый остеомиелит челюсти развивается при снижении и нарушении общей противомикробной неспецифической и специфической защиты организма, нередко на фоне первичной или вторичной иммунологической недостаточности как проявлений органной патологии;
- Общая иммунологическая реактивность, длительное воздействие на ткани очагов одонтогенной инфекции влияют на местные защитные реакции и непосредственно на различные компоненты ротовой жидкости, тканевые и сосудистые структуры костного мозга;
- Патогенетическим фактором для развития остеомиелита является высокая и иногда чрезмерная степень сенсибилизации. Различные феномены аллергии способствуют нарушению гемодинамики и свертывающей системы крови, что определяет течение гнойно-некротического процесса в кости.

Патологическая анатомия одонтогенного остеомиелита челюсти.

Патологоанатомически острый остеомиелит как гнойно-некротический процесс характеризуется поражением всех компонентов кости — костного мозга, основного вещества кости и прилегающих к ним надкостницы и околочелюстных мягких тканей. Гнойная инфекция, распространившись из периодонта в кость, вызывает отек и гиперемию отдельных участков костного мозга челюсти



Рис. 7.13. Острый остеомиелит челюсти. Омертвевшие участки кости, гнойная инфильтрация костного мозга, инъекционный тромбоз сосудов.

Клиника острого остеомиелита челюсти.

Общие жалобы.

- Повышение температуры тела до 39-40 в течение 30 минут, потом снижение до 38;
- Выраженные признаки интоксикации;
- Обострения внутренних заболеваний;

Местные жалобы.

- Очень сильные боли в челюсти;
- Припухлость;
- Ограниченное открывание рта;
- Боли при глотании;
- Онемение нижней губы – симптом Венсана (дифференциальный признак);
- Коллатеральный отёк;
- При глубокой пальпации отмечается болезненность, увеличение регионарных лимфатических узлов (все со стороны поражения);

- Воспалительная контрактура (3 степень);
- Бледность кожных покровов;
- Полость рта: двусторонний периостит, на поздних стадиях – инфильтрат полностью отслаивает надкостницу; перкуссия причинного зуба безболезненна, а рядом стоящих зубов болезненна; причинный зуб подвижный, а рядом стоящие менее: на поздних стадиях – симптом Клавиш
- При осмотре – густая вязкая слюна, гнилостных запах изо рта.

Лечение.

Местное:

1. Удаление причинного зуба;
2. Вскрытие двустороннего периостита (на всю величину инфильтрата до кости);
3. Компактостеотомия (с вестибулярной стороны – разрез)

Общее:

1. Антибактериальная терапия (антибиотики группы линкозамидов – линкомицина гидрохлорид, клиндомицин, дулацин С);
2. Противовоспалительные препараты;
3. Обезболивающие препараты;
4. Трансфузионная терапия;

**Дифференциальную диагностику
диагностику острого остеомиелита
челюсти следует проводить с:**

Острым и острым гнойным периодонтитом

Острым гнойным периоститом

Нагноившейся кистой

Абсцессами и флегмонами

Актиномикозом

Отличия острого остеомиелита от острого гнойного периостита:

- Признаки интоксикации выражены более резко;
- При осмотре полости рта наблюдаются воспалительные явления в надкостнице с обеих сторон челюсти, отмечаются явления острого периодонтита нескольких зубов соответственно участку зуба

При периостите, после удаления зуба, опорожнения поднадкостничного очага воспалительные явления ликвидируются в течении 3-5 дней.

Отличительные признаки периодонтита от остеомиелита:

- Общая спокойная картина заболевания;
- Фокус воспалительных явлений только в области зуба;
- Интактность периоста и околочелюстных мягких тканей;

Остеомиелит, осложнённый флегмоной, дифференцируют от абсцессов и флегмон.

Характерные отличительные признаки этих заболеваний:

- Начало заболевания:
- При остеофлегмоне фокус воспалительных признаков находится в области ряда зубов, надкостницы, альвеолярного отростка и тела челюсти, затем переходит на мягкие ткани
- При абсцессах и флегмонах воспалительные изменения только на мягких тканях

Хронический остеомиелит (гнездовая форма),
гиперпластическое поражение

Актиномикоз

Туберкулез

Сифилис