

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

Омонов А.И., Азимов А.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность: Болезни периодонта выявляются у 99,8% населения и занимают третье место в структуре стоматологических заболеваний после кариеса и пульпита. Лечение острых форм периодонтита является одной из актуальных проблем стоматологии. Воспаление в апикальных тканях в 98-99 % случаев является причиной развития различных форм одонтогенной инфекции. Деструктивные формы периодонтита и остита по сегодняшний день остаются основной причиной удаления зубов, кроме того, периодонтит способен привести к развитию таких серьезных осложнений как периостит, флегмона, остеомиелит (Бажанов Н.Н., 1995; Боровский Е. В., 2006). Главную роль в развитии верхушечного периодонтита отводят инфекционному фактору. Однако, интенсивность и характер воспаления в периодонте зависят не только от микробов и их токсинов, но и от состояния местной и общей реактивности организма. Таким образом, при традиционном подходе к лечению воспалительного процесса в периодонте наблюдается частое отсутствие регресса очага периапикальной деструкции. Поэтому проблема повышения эффективности лечения деструктивных форм верхушечного периодонтита и остита остается актуальной.

Цель исследования: дать дифференциально диагностические признаки острого периодонтита и остита

Материалы и методы: мы излагаем клинику острого периодонтита и остита по результатам обследования больных на клинику ТГСИ. Было проведено обследование: сравнительный анализ клинический-диагностика клинической ситуации, рентгенологический, планирование лечения.

М. Азимовым (2019 г) и соавторов предложили классификация одонтогенных воспалительных заболеваний. Нами представлена фрагмент этой классификации, относящийся к периодонтиту и оститу.

Согласно этой классификации, периодонтит делится на:

- * **Периодонтит:**
 - Острый (серозный, гнойный);
 - первично хронический;
- * **Остит:**
 - Острый (серозный, гнойный);
 - Хронический (гранулирующий, гранулематозный)

Клинические признаки острого серозного периодонтита: беспричинная не резко выраженная ноющая боль в пораженном кариесом зубе; боль обычно не иррадирует, пациент точно указывает на зуб (с кариозной полостью или ранее леченный под пломбой); перкуссия вертикальная положительна; в общем состоянии изменений нет, припухлости мягких тканей нет; продолжительность острого серозного периодонтита 2-3 суток; своевременно и квалифицировано проведенное лечение обеспечит восстановление функциональной ценности зуба в 1-2 посещения терапевта стоматолога.

Признаки острого гнойного периодонтита: интенсивность боли нарастает. Они становятся острыми, пульсирующими, возникают при любом прикосновении к зубу (при остром гнойном периодонтите; с переходом гнойного процесса на весь периодонт, ткань периодонта расправляется, теряет опорно – удерживающую функцию), возникает апикальный абсцесс, клинически это проявляется иррадиацией боли по ходу ветвей тройничного нерва, рот больного приоткрыт; зуб становится подвижным, возникает симптом «выросшего» зуба, который является достоверным признаком разлитого гнойного расплавления периодонта, из-за нарушения сна и приема пищи, могут

проявиться слабость, недомогание, температура тела без изменений; продолжительность перехода острого гнойного ограниченного периодонтита, до разлитого, от 12 до 48 часов;

При прогрессировании процесса гной, скопившийся в периодонтальной щели, вызовет деструкцию костной ткани альвеолы с распространением гнойной массы в костный мозг, таким образом острый гнойный периодонтит осложняется развитием острого гнойного процесса в кости в пределах пародонта этого зуба. Во всех учебниках это определяется как коллатеральный отёк или реактивное воспаление, на самом деле, это контактное распространение инфекции. Исходя из анатомо-морфологических изменений, происходящих в кости это воспаление, необходимо формулировать как «острый транзиторный остит» (В.В.Паникаровский, А.С.Григорян. 1978).

Признаки острого серозного остита: интенсивность болей снижается, исчезает чувство «выросшего» зуба, появляется отёк лица, кожа в цвете не изменена, пальпация безболезненна, консистенция мягкая. Зуб подвижен, перкуссия болезненна. На уровне причинного зуба десна гиперемирована, переходная складка отёчна, пальпация болезненна. Повышается температура тела, появляется головная боль, потеря аппетита:

Если на этом этапе острого серозного остита не будет оказана высококвалифицированная помощь – эвакуация гноя через корневой канал и периостотомия и антибактериальная терапия процесс перейдёт в гнойную форму.

Признаки острого гнойного остита: - В результате деструкции кортикальной стенки лунки и гнойный экссудат прорывается под надкостницу, вовлекает её в воспалительный процесс и отслаивает от кости; со временем надкостница расплавляется, гнойный экссудат захватывает 2-3 зубочелюстных сегмента; (развивается картина гнойного периостита), боль усиливается, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва, припухлость лица нарастает, кожа над ней в цвете не изменена, пальпация болезненна, консистенция мягкая. Зуб подвижен, перкуссия болезненна. На уровне причинного зуба десна гиперемирована, переходная складка сглажена отёчна, пальпация резко болезненна. Ухудшается общее состояние, повышается температура тела, возникает головная боль, бессонница. Периостит не является самостоятельным заболеванием, а является признаком острого гнойного остита.

Острый гнойный остит требует неотложного устранения гнойного очага отток через корневой канал, или удаление причинного зуба и вскрытие под надкостничным абсцессом.

Выводы: таким образом, наиболее распространёнными причинами не правильного ставления диагноза и лечения приводит развития осложнений воспалительных заболеваний ЧЛЮ являются поспешность и упущения при сборе анамнеза, неверный подход и значительная потеря времени с момента появления симптомов заболевания до оказания неотложной хирургической помощи и направления больных к необходимым специалистам

Литература

1. Азимов М.И., Ризаев Ж.А., Азимов А.М. Новый подход к классификации воспалительных заболеваний периапикальных тканей зубов. // Журнал Stomatologiya – Ташкент 2019 (76) № 3. – С. 56–61. (14.00.00; № 12)

2. Азимов А.М., Турсуналиев З.З., Шодмонов А.А. Современные методы комплексного лечения воспалительных заболеваний периапикальных тканей. // «Stomatologiya». Научно–практический журнал. – 2021. – № 1 (81) – С. 56–59 (14.00.00; № 12)

3. Tojiyev F.I., Azimov A.M., Aralov M.B. Etiology, Classification, Frequency of Bone Defects and Lower Jaw Deformation (Literature Review). // Central Asian Journal of Medical and Natural Sciences, 2021 – Vol.2 –No.4, – P. 31–35. <https://doi.org/10.47494/cajmns.v2i4.239>((35) CrossRef)

4. Tojiyev F.I., Azimov A.M., Aralov M.B. Etiology, Classification, Frequency of Bone Defects and Lower Jaw Deformation (Literature Review). // Central Asian Journal of Medical

КЛИНИКА ОДОНТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Омонов А.И., Азимов М.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность: согласно определению М.М. Соловьева (1979), одонтогенный гнойный остеомиелит — это инфекционно-воспалительный процесс с признаками воспалительной реакции со стороны костных структур и прилежащих мягких тканей без выраженной деструкции кости. Как показали наши наблюдения, у детей гнойный одонтогенный остеомиелит поражает нижнюю челюсть довольно часто. Степень распространенности гнойного инфекционно-воспалительного процесса челюсти может быть различной от I А, III Б степени. (М.Азимов и соавторы 2019г) Данные о распределении больных гнойным одонтогенным остеомиелитом в зависимости от фазы заболевания, возраста и распространенности процесса представлены в таблице В эту таблицу включены больные, у которых зона первичного инфекционно-воспалительного процесса ограничена пределами пародонта зуба, явившегося входными воротами для инфекции, т.е. больные гнойным периоститом, находившиеся на стационарном лечении в клинике детской стоматологии. Необходимость их рассмотрения вместе с остеомиелитом диктуется тем, что инфекционно-воспалительный процесс надкостницы у детей может за короткий срок распространиться на костные структуры челюсти, вызывая развитие остеомиелита.

Цель исследования: По данным клинического исследования провести сравнение течения постоперационного периода

Материалы и методы: на клинической базе ТГСИ кафедры детской челюстно-лицевой хирургии было проведено обследование (Клинический-диагностика клинической ситуации и планирование лечения, Рентгенологический – трехмерное рентгенологическое исследование и Хирургический-операция). Под нашим наблюдением находились 116 детей с одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти.

Результаты: в клинике на стационарном лечении находились 64 (64,24%) больных инфекционно-воспалительным процессом I А степени. I Б острой фазе заболевания поступили 45 больных, из них 30 (80%) в возрасте 3-7 лет. В подострой фазе - 7, из них 6 (15,7%) в возрасте 3-7 лет и 1 (4,3%) в возрасте 9 лет.

У детей **клиника инфекционно-воспалительных в периодонт** I А степени распространенности (периостита) в острой фазе во многом зависела от сроков госпитализации и обследования ребенка. Отмечено, что чем младше ребенок с острым инфекционно-воспалительным процессом, тем меньше разрушена коронка причинного зуба.

Гнойный одонтогенный остит I Б степени мы наблюдали у 52 детей. В острой фазе заболевания в клинику поступили 45 больных: в возрасте 3-7 лет - 30 (80,63%) и 8-14 лет - 15 (19,37%). В подострой фазе поступили 7 больных, из них 6 - в возрасте 3-7 лет. Так из больных с этой степенью остеомиелита у 28 - процесс был в пределах пародонта 2-3 зубов, у 15 — занимал альвеолярный отросток челюсти на стороне «причинного» зуба и соответствовал уровню пародонта 5-6 зубов, и у 7 распространился на альвеолярный отросток противоположной причинному зубу стороны. Входными воротами для инфекции при гнойном одонтогенном остеомиелите I Б степени служили дефекты твердых тканей молочных моляров нижней челюсти.