**Острый периодонтит**

**Острый периодонтит** (**МКБ**-10К04. 4 – К04. 9**)** — по группе стоматологических заболеваний — воспаление периодонта, фиксирующего зуб в лунке и лежащего между верхушкой корня зуба и альвеолой. Типичным **признаком острого периодонтита** является боль, которая продолжается от 2-3 дней до двух недель.

**Причины острого периодонтита**

Механизм возникновения патологии насчитывает несколько этапов:

* запущенный кариес увеличивает риск развития пульпита;
* обострение пульпита создает предпосылки к формированию периодонтита;
* отсутствие своевременной, адекватной терапии пульпита и ранняя стадия воспаления периодонта ведут к острому периодонтиту.

Таким образом, пульпит стимулирует возникновение инфекционного воспаления и вторжение в периодонтальную щель патогенов.

Преимущественным путем проникновения возбудителей в периодонт служит зубной канал, по которому бактерии, размножающиеся в воспаленной пульпе, способны проникать в верхнюю зону корня **зуба**, вызывая тем самым **острый периодонтит**.

Наблюдаются и другие причины, вызывающие эту патологию:

* разрушение пломбы в корневом канале;
* гематогенный путь проникновения возбудителей при некоторых заболеваниях — ангине, синусите и др.;
* некорректное проведение стоматологических процедур по санации и пломбированию зубных каналов;
* повреждения периодонтальных тканей при травмах лица;
* постоянная перегрузка зубов из-за их неправильного положения.

**Симптомы и фазы острого периодонтита**

Болезнь проходит несколько фаз. Первая из них — фаза интоксикации, при которой клиническая картина заболевания представляет собой прогрессирующее воспаление с быстрым нарастанием симптомов.

Часто боль возникает спонтанно, но обычно она постоянна и пациент может указать на зуб, который ее вызвал.

Его перкуссия остро болезненна поначалу в вертикальном, а позже в любом направлении. При плотном сжатии челюстей боль отступает.

Вторая — фаза экссудации, при которой симптомы изменяются исходя из стадии заболевания — серозной или гнойной. В случае серозной пациент постоянно чувствует боль, при осмотре отмечается глубокая кариозная полость, повышенная температура в мягких тканях, отечные и красные десны.

Как правило, через несколько суток серозная стадия неизбежно переходит в гнойную. В этой фазе боль становится нестерпимой, чаще всего пульсирующий или стреляющий с распространением по всей длине тройничного нерва и жалобами больных, на режущие, жгущие боли в голове, шее, щеках.

При принятии пищи боль резко усиливается, ее обострение также могут спровоцировать тепло или физические нагрузки. У больного возникает ощущение "выросшего зуба". Происходит ухудшение общего состояния человека, выражающегося в слабости, повышении температуры, нарушении сна и аппетита.

**Стадии и формы острого периодонтита**

Заболевание обычно делят на несколько форм.

По месту локализации:

1. **Апикальный (верхушечный)** **периодонтит** — острое или хроническое воспалительное поражение вокруг верхушки корня зуба, которое обычно вызывается бактериальной инвазией пульпы зуба.
2. Маргинальный — воспаление круговой связки зуба. Вначале затрагивается верхний край десны, затем поражение распространяется на окружающие ткани зуба и приводит к их некрозу.

По стадии течения:

1. **Острый серозный периодонтит** — исходная стадия: воспалительный процесс сфокусирован вокруг перирадикулярных тканей, боль ощущается только при надавливании на зуб, по-другому патология никак не проявляется.
2. **Острый гнойный периодонтит** — вторая стадия: для нее свойственно скопление гноя в периосте, отек десны и наличие подвижности зуба.
3. Острый хронический периодонтит — при отсутствии лечения на предшествующей стадии. Патология прогрессирует до хронического состояния, при котором гнойный очаг прорывается и его содержимое распространяется за границы десны, а боль стихает или исчезает совсем.

**Острый периодонтит у детей**

Данная патология временных зубов у детей является следствием любой из форм пульпита (острой серозной или гнойной) или острой травмы зуба. Может развиться в процессе лечения пульпита.

Заболевание развивается очень быстро; нередко это гнойный, диффузный процесс, например, с вовлечением всего пародонта. Если нет возможности для оттока экссудата, то за довольно короткий промежуток времени (2-3 дня) гной проникает через пористую стенку альвеолы, отслаивает надкостницу и развивается абсцесс под десной.

Дети жалуются на постоянную боль, которая постепенно нарастает, усиливается при накусывании на зуб и даже при прикосновении к нему, как будто зуб "вырос" из лунки.

Выраженная стадия острого воспаления характеризуется отеком десны, коллатеральным отеком мягких тканей лица (зубной абсцесс) и увеличением локальных лимфатических узлов.

Интоксикация ухудшает общее состояние ребенка: он бледен, мало ест, не спит, жалуется на головную боль. У маленьких детей может быть лихорадка. В крови повышенное количество лейкоцитов и СОЭ.

Особенно тяжело протекает острый периодонтит у ослабленных детей. В этом случае он может осложниться флегмоной или острым остеомиелитом челюсти.

**Диагностика острого периодонтита**

При условии своевременного обращения к врачу диагностировать заболевание несложно. Патология распознается по типичным для **острого периодонтита жалобам** пациента и ярко выраженной клинической картине.

Стоматолог проводит визуальный осмотр ротовой полости, анализирует жалобы больного и ставит предварительный диагноз. При осмотре выявляется отек десны, возможно гнойное отделяемое. Перкуссия зуба болезненная.

К дополнительным методам исследования относятся:

* электродонтометрия — позволяет определить состояние пульпы зуба при пропускании через нее электрического тока;
* рентгенография — обнаруживает полости с экссудатом и расширение периодонтальной щели;
* общеклинический анализ крови — выявляет признаки воспаления в организме (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ).

**Лечение острого периодонтита**

Базируется на консервативном подходе и приносит благоприятные результаты в 85% случаев. Главный принцип состоит в том, чтобы купировать воспаление, не допустить дальнейшего распространения инфекции и восстановить функцию зуба.

Корневые каналы сначала вскрывают, чтобы удалить гной и отмершую пульпу. В случае перерастания гноя в абсцесс проводится промывание каналов и устанавливается дренаж. Когда гной удален, полость промывается, и только после этого зуб пломбируется.

После всех этих манипуляций пациенту с **острым пародонтитом** **антибиотики** (амоксициллин, метронидазол, фторхинолоны) назначают после определения к ним чувствительности, противоаллергические и обезболивающие препараты, а также физиотерапевтические процедуры для восстановления функциональности зуба.

Если консервативны методы лечения не дадут результата, тогда врачи обращаются к хирургическому лечению (гемисекция, резекция, удаление зуба).