**План**

Введение

1. Кариес
2. Пульпит
3. Периодонтит
4. Периостит
5. Перикоронарит
6. Остеомиелит
7. Пародонтит (Пародонтоз)
8. Гиперестезия твердых тканей зуба

Литература

**Введение**

Зубная боль возникает в результате химического, механического, термического воздействия на нервный аппарат зубочелюстной системы. Боль возникает вследствие поражения твердых тканей зуба, околозубных тканей, при воспалительных заболеваниях надкостницы, челюстей или мягких тканей, окружающих челюсть, а также при невралгиях второй и третьей ветвей тройничного нерва. Нередко зубная боль возникает вследствие рефлекторного воздействия на нервный зубочелюстной аппарат при заболевании внутренних органов, гипертоническом кризе, патологическом прикусе и т.д. Чаще всего зубная боль бывает при кариесе, его осложнениях (пульпит, периодонтит) и пародонтите.

**1. Кариес**

КАРИЕС в стадии мелового пятна болезненных ощущений практически не вызывает.

При поверхностном кариесе отмечается незначительная болезненность от воздействия раздражителей химической или температурной природы, а также при обследовании кариозной полости инструментом. Кариес средней глубины характеризуется более интенсивной болезненностью от воздействия раздражителей. Боль становится сильной при глубоком кариесе.

Характерно, что боль длится только во время действия раздражающего агента и тотчас же исчезает по мере его устранения.

**2. Пульпит**

Возникает как осложнение глубокого кариеса, при травме зуба (отлом коронки, случайное вскрытие рога пульпы или лечения кариеса), чрезмерного по силе воздействия на зуб термических или химических агентов.

Характерные признаки пульпита – острая, самопроизвольная, приступообразная боль в зубе, усиливающаяся ночью или в виде приступа под воздействием приема горячего или холодного, кислого, соленого, а также от механической обработки дна кариозной полости, при перкуссии.

Иногда боль бывает разлитой, может иррадировать в околоушную или височную область по ходу разветвления тройничного нерва. При осмотре в зубе обнаруживается кариозная полость.

**3. Периодонтит**

ПЕРИОДОНТИТ – воспаление периодонта – ткани, окружающей корень зуба.

Возникает в результате распространения воспалительного процесса за верхушку зуба, при травме и под воздействием токсических агентов.

Наиболее характерна для острого (серозного или гнойного) периодонтита постоянная боль в зубе, усиливающаяся при перкуссии или надавливании на него. Возникает ощущение, что зуб стал как бы длиннее других. Появляются головная боль, недомогание, гиперемия и отечность слизистой оболочки вокруг зуба. В зубе может быть кариозная полость или он находится под пломбой (коронкой). Нередко определяются подвижность зуба, болезненность слизистой оболочки в проекции верхушки зуба. Регионарные лимфатические узлы могут быть увеличенными и болезненными. При хроническом периодонтите боль менее интенсивна. Боль, возникшая вследствие поражения твердых тканей зуба, его сосудисто-нервного аппарата или околозубных тканей, бывает локальной и возникает, как правило, от механических или термических раздражителей. Боль невралгическая более интенсивна, распространяется по ходу второй или третьей ветви тройничного нерва в соответствующей половине лица, отмечается болезненность в точках выхода нерва из отверстия черепа.

**4. Периостит**

ПЕРИОСТИТ – воспаление надкостницы челюсти. Возникает под воздействием острой или хронической одонтогенной инфекции, специфических воспалительных процессов (сифилис, антиномикоз, туберкулез) или травмы. Воспалительный процесс из первичного очага в периодонте распространяется через костную ткань под надкостницу, где скапливается гной.

Появление воспалительного инфильтрата в мягких тканях околочелюстной области сопровождается временным прекращением или стиханием боли в зоне «причинного» зуба. Вскоре боль вновь появляется, но ее характер меняется: она становится ноющей и распространяется на всю челюсть. Переходная складка сглажена, гиперемирована, резко болезненна при пальпации; иногда определяется флюктуация. В зависимости от локализации периостита на лице появляется отечность различных анатомических областей. Если периостит расположен в области нижних моляров, то открывание рта может быть ограниченным в результате рефлекторно-токсического воздействия на жевательные мышцы. Появление гиперемии кожи свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс клеточных пространств лица или шеи.

**5. Перикоронарит**

ПЕРИКОРОНАРИТ – воспалительный процесс ретромолярной области. Возникает в результате присоединения инфекции при затрудненном прорезывании нижних зубов «мудрости».

Перикоронарит клинически появляется постепенно нарастающей болью в области 3‑го моляра; боль иррадиирует в височную область или ухо, появляется при глотании, открывание рта болезненное и ограниченное.

В области слизистой оболочки за зубом появляется гиперемия. Из-под слизистой оболочки, частично или полностью закрывающей коронку зуба («капюшона»), выделяется гной.

**6. Остеомиелит**

ОСТЕОМИЕЛИТ – инфекционный гнойно-некротический процесс в челюстной кости. Различают остеомиелит челюстей ограниченный и диффузный, острый и хронический, гематогенный, травматический.

Острый ограниченный остеомиелит клинически проявляется наличием инфильтрата на слизистой оболочке альвеолярного отростка на уровне «причинного» зуба, резко болезненного при пальпации; неинтенсивной ноющей болью, усиливающейся при надавливании на зуб при перкуссии зуба, субфебрильной температурой тела, быстрым вовлечением в процесс регионарных лимфатических узлов.

Острый диффузный остеомиелит отличается бурным началом с быстрым подъемом температуры тела до 39–40 ˚С ознобом, мучительной болью, иррадиирующей по ходу разветвления тройничного нерва. Инфильтрат достигает значительных размеров. Переходная складка на уровне «причинного зуба» отечна и гиперемирована; может определяться подвижность нескольких зубов. При локализации инфильтрата в области прикрепления жевательных мышц может быть рефлекторное сведение челюстей. Регионарные лимфатические узлы увеличены и резко болезненны. Изо рта зловонный запах. Распространение воспалительного процесса в околочелюстные ткани может привести к образованию ограниченных гнойников (абсцессов) или разлитому гнойному расплавлению клетчатки (флегмоны). Диффузный остеомиелит верхней челюсти протекает значительно легче, чем остеомиелит нижней челюсти, что объясняется особенностями строения костной структуры (тонкие компактные пластинки).

Хронический одонтогенный остеомиелит возникает после острого остеомиелита спустя 1–11/2 месяцев. Течение характеризуется длительным сохранением свищей со скудным гнойным отделяемым, содержащим иноща различных размеров секвестры. Воспалительный процесс под влиянием определенных факторов (переохлаждение, переутомление, длительное голодание, состояние после перенесенных тяжелых заболеваний или травм, авитаминоз и т.д.) периодически приобретает острое течение с клинической картиной, характерной для острого диффузного остеомиелита.

У детей остеомиелит отличается значительными гиперпластическими изменениями в виде утолщения кости; перенесенный в детстве хронический остеомиелит может привести к задержке роста отдельных участков или всей челюсти.

**7. Пародонтит (пародонтоз)**

ПАРОДОНТИТ (ПАРОДОНТОЗ) – хроническое деструктивное заболевание пародонта и костной ткани альвеолярного отростка челюсти. Заболевание характерно для пожилого возраста, однако встречаются различные его проявления в молодом и даже детском возрасте. Больные обращаются за медицинской помощью в связи с болью в зубах, их подвижностью, кровоточивостью десен или гноетечением из зубодесневых карманов. Диагноз устанавливается на основании анамнеза, данных объективного обследования.

**8. Гиперестезия твердых тканей зуба**

ГИПЕРЕСТЕЗИЯ (повышенная чувствительность) ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА возникает при обнажении шеек зубов (парозонтит), повышенной стираемости эмали, клиновидных дефектах, повреждении эмали от одномоментной или длительной травмы и др. Клинически гиперестезия проявляется болью в зубах, возникающей от химических или температурных раздражителей.

Неотложная помощь. Зубная боль при кариесе снимается устранением травмирующего агента, очисткой кариозной полости от инородного тела, остатков пищи, а также приемом внутрь анальгетиков (0,5 г анальгина или амидопирина).

При зубной боли, вызванной пульпитом, необходимо осторожно очистить кариозную подсеть от остатков пищи, обработать ее спиртом, а затем на дно полости поместить ватный шарик, смоченный камфорофенолом или каплями

«Дента». Полость зуба закрывают дентином или гипсом, размешанными на воде, или ватным шариком, смоченным коллодием. Внутрь назначают анальгетики в обычной дозе. Если пульпит развился в запломбированном зубе или под коронкой, то боль можно снять введением 3–5 мл 2% раствора новокаина в переходную складку на уровне больного зуба, внутрь назначают анальгетики (1 г анальгина или амидопирина).

При периодонтите для снятия боли применяют инфильтрационную анестезию 2% раствором новокаина (2–3 мл) в область переходной складки на уровне больного зуба. Кариозную полость, если зуб не под пломбой или коронкой, очищают от остатков пищи и размягченного дентина. Назначают сульфадимезин 0,5 г 4–6 раз в день, сульфадиметоксин 1–2 г. в первый день, затем 0,5–1 г., анальгина 0,5 г 2–3 раза в день, частые полоскания полости рта теплым раствором антисептиков (раствор фурацилина 1:5000).

При периоститах показано раннее удаление «причинного» зуба с одномоментным вскрытием гнойника. Назначают частые полоскания полости рта теплым раствором фурацилина (1:5000), перманганата калия (1:3000) или 3% раствора перекиси водорода; хороший терапевтический эффект оказывает полоскание раствором хлоргексидина биглюконата. Внутрь назначается прием сульфаниламидов (сульфадимезин по 0,5 г 4–5 раз в день) и анальгетиков (0,5 г анальгина или амидопирина 2–3 раза в день). Ухудшение общего состояния (повышение температуры тела, головная боль, недомогание и т.п.) является показанием к лечению больного в стоматологическом стационаре.

При перикоронарите рассекают или частично иссекают «капюшон» под инфильтрационной анестезией 2% раствором новокаина (2–3 мл). промывают подслизистое пространство теплым раствором фурацилина (1:5000) или 3% раствором перекиси водорода. Для оттока гнойного содержимого вводят полоску из перчаточной резины под слизистую оболочку. Положение зуба «мудрости» по отношению к зубу 7 решает вопрос о необходимости его удаления.

Прямым показанием к этому является его косое или поперечное расположение. Удаление зуба производится стоматологом поликлиники, а при тяжелом общем состоянии – в условиях стоматологического стационара.

При остром очаговом или диффузном остеомиелите неотложная помощь заключается в удалении «причинного» зуба (зубов), вскрытие гнойников, компактостеотомии и противовоспалительной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии. При хроническом остеомиелите необходимы комплексные лечебные мероприятия, направленные на ускорение формирования секвестров с последующим их удалением, создание покоя пораженному органу (иммобилизация челюстей), ликвидацию воспалительных явлений и применение средств, повышающих иммунозащитные силы организма. Указанный комплекс лечения проводится, как правило, в условиях стационара. В порядке неотложной помощи на догоспитальном этапе необходимо провести обезболивание (внутрь анальгина по 0,5 г 2–3 раза в день; 2–3 мл 2% раствора новокаина в переходную складку в зоне воспалительного очага), назначить внутрь сульфадимезин по 0,5 г 4–5 раз в день, наложить подбородочную плащу или повязку.

Боль, возникающая при пародонтите, устраняется приемом 0,5 г анальгина или 0,5 г амидопирина, назначают полоскания раствором фурацилина (1:5000) или перманганата калия (1:3000). Десневые карманы оорабатывают раствором перекиси водорода. Больного следует направить к стоматологу поликлиники для проведения комплексной терапии заболевания.

При гиперестезии твердых тканей зуба боли снимают устранением травмирующего агента, аппликационной анестезией 1–2% раствором новокаина или 3% раствором дикаина. Внутрь можно назначить 0,5 г анальгина.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д.м.н. В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д.м.н. А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год