**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

1. Виды, симптомы периодонтита

2. Лечение периодонтита

3. Профилактика

4. Диагностика

Заключение

Список литературы

# Введение

Периодонтит - это крайний вариант осложненного кариеса, когда распадается нерв и поражается связка, удерживающая зуб в челюсти. Зуб становится подвижным, как бы выросшим, болит при малейшем прикосновении. Температура тела повышается. Если периодонтит протекает без боли, то происходит рассасывание кости вокруг корня, образуется гранулема (мешочек на верхушке корня зуба), киста (большая полость), которые требуют серьезного лечения не только из-за сохранения зуба, но и для того, чтобы прекратить отравление организма продуктами распада собственных тканей. Если зубов, пораженных периодонтитом, у человека несколько, развиваются осложнения во внутренних органах: почках (гломерулонефрит), сердце (ревматизм), суставах (ревматизм). Зуб раскрывают, каналы обрабатывают специальными иглами, антисептиками, ультразвуком. Лечение периодонтита проводится многоэтапное, поскольку задачи перед врачом стоят весьма серьезные.

Периодонтит - это самое опасное осложнение кариозного процесса. В этом случае воспалительный процесс будет распространяться не только на ткани зуба, но и на костную ткань вокруг верхушек корней зубов. По степени патологических изменений различают фиброзную форму периодонтита, гранулёму и кисту.

Периодонтит часто развивается в зубах с некачественно вылеченными корневыми каналами. Иногда на снимке в канале видно до трех обломков инструментов. Подобные зубы часто приговаривают к удалению, если не владеют методикой перелечивания каналов. Каналы обрабатывают специальными иглами, антисептиками, ультразвуком. Нередко это многочасовая процедура. "Спасение" зуба часто важно для успешного протезирования.

Характерными признаками этого заболевания являются синдром увеличившегося зуба, боли при накусывании. Необходимо немедленное обращение к врачу, иначе резко возрастает риск потери зуба.

По локализации периодонтит может быть: верхушечный (апикальный) и краевой (маргинальный). Маргинальный периодонтит в настоящее время относится к болезням пародонта.

По клиническому течению и патологоанатомической картине периодонтиты могут быть острые и хронические.

В зависимости от конкретного случая выбираются способы лечения. Применяются специальные пасты, способствующие рассасыванию кисты (гранулемы) и восстановлению костной ткани. Иногда терапевтическими методами обойтись не удается, и для удаления очага инфекции проводится хирургическая операция резекции верхушки корня зуба.

Все названные вопросы требуют дальнейшего рассмотрения и изучения, что является целью данного реферата.

# 1. Виды, симптомы периодонтита

По происхождению периодонтиты бывают: инфекционные и неинфекционные.

Инфекционные периодонтиты

Основную роль в развитии периодонтита принадлежат микроорганизмам и их токсинам. Они проникают в периодонт через корневой канал, пародонтальный карман или гематогенным и лимфогенным путями.

Чаще инфекция поступает через корневой канал и является следствием острого диффузного и хронического гангренозного пульпитов, а также некроза пульпы. Микроорганизмы и их токсины, проникая в ткань периодонта, вызывают опасное воспаление.

Неинфекционные периодонтиты могут развиваться в результате следующих причин:

1. Травмы:

а) одномоментная, острая (удар, ушиб, после пломбирования каналов, травма периодонта после экстирпации пульпы, накусывание резкое, неудобное на зуб; раскалывание орехов, разгрызание костей);

б) хроническая микротравма (курительной трубкой, инструментами духового оркестра, перекусыванием ниток, надавливанием на зуб карандашом, ручкой, высокая пломба и др.).

2. Медикаменты:

Попадание сильнодействующих веществ в периодонте при: расширении корневых каналов (трилон Б, царская водка), стерилизации их (формалин, азотнокислое серебро и др.), а также при попадании мышьяковистой пасты.

Периодонтит проявляется резкими болями в области зуба, усиливающимися от прикосновения к нему. Припухлость губы, щеки, десна увеличена, зуб подвижен. Неприятный запах изо рта, иногда свищи на десне.

Характерным признаком является появление самостоятельной боли, сначала слабой, затем усиливающейся, приобретающей характер пульсирующей. Ее отличие от боли при пульпите в том, что она строго локализована, становится резкой при механической нагрузке на больной зуб, особенно в виде постукивания. Смыкание зубов настолько болезненно, что многие отказываются от приема даже жидкой пищи. Возможно умеренное повышение температуры тела (до 37,5°С). При указанных симптомах потребность в помощи стоматолога в самое ближайшее время крайне велика.

Использование домашних средств, включая обезболивающие, теплое полоскание и повязку может дать только эпизодическое облегчение. Отсрочка времени обращения к специалисту чревата тяжелыми осложнениями из-за развития гнойного процесса сначала ограниченного, а затем разлитого.

Разрешение этого бурно протекающего острого процесса возможно и с более легкими последствиями. При нахождении пути выхода гноя из очага воспаления в полость рта (через расплавленную слизистую оболочку, покрывающую альвеолярный отросток) или через кожу наружу с образованием свищевого хода, острый периодонтит переходит в хроническую стадию. В таком случае угроза опасных осложнений снижается, но не исчезает вовсе.

# 2. Лечение периодонтита

Периодонтит - заболевание окружающих корень зуба тканей. Как правило, ему предшествует пульпит с присущими ему болевыми ощущениями. Отказ от его лечения предопределяет проникновение бактерий по каналу корня зуба за его пределы, вызывая уже в новых условиях острое воспаление, называемое острым периодонтитом.

Лечение зубов для многих из нас представляет большую проблему. В России так сложилось, что посещение стоматолога у многих людей ассоциируется, чуть ли не с добровольным посещением инквизитора. Виной тому низкое качество обслуживания старой отечественной стоматологии, огромные очереди в районных поликлиниках и «страшные рассказы» о собственном опыте лечения зубов друзей и родственников. Что лечение зубов! Если уж речь заходит о протезировании, тогда вообще караул! Поэтому наши сограждане все ещё идут к стоматологу для лечения зубов с большой неохотой и только в том случае, когда терпеть зубную боль уже нет сил.

Сейчас ситуация коренным образом изменилась. Лечение зубов стало гораздо более приятной процедурой, чем раньше. Быстрое развитие отечественной стоматологии по пути освоения и внедрения самых современных средств, методов, технологий в систему диагностики, профилактики и лечения болезней зубов и полости рта позволило этой отрасли медицины поднять качество обслуживания на совершенно новый уровень, соответствующий уровню западной стоматологии.

Теперь поход к стоматологу для лечения зубов не должен ассоциироваться с адскими муками. Медицинская наука довела до совершенства методы обезболивания, а стоматологическая техника стала быстрой и точной, что дает возможность добиваться отличных результатов за одно-два посещения стоматолога. Развитие технологий зубосохраняющих операций привело к тому, что сейчас удаление зуба производят лишь в самом крайнем случае. Во всех остальных ситуациях современные методики позволяют воссоздать оптимальные формы, размеры и контуры любого зуба. Даже такая сложная манипуляция, как лечение зубных корневых каналов, может быть легко выполнена с использованием современных материалов и инструментов.

Поэтому откладывать посещение стоматолога для лечения зубов не имеет смысла, незначительные изменения могут быть скорректированы за одно посещение.

Лечение хронических периодонтитов и особенно периодонтитов в стадии обострения традиционными методами с последующим пломбированием каналов часто заканчивается еще одним обострением с выраженными периостальными реакциями, которые требуют, как правило хирургических вмешательств. Хирурги вскрывают периостит, дренируют рану, назначают сульфаниламиды и обильное полоскание содовым раствором.

Известно, что воспаление - это универсальная защитная реакция организма на разнообразные повреждающие воздействия (инфекционные, физические, химические и т.д.). Чрезмерно выраженная по времени и интенсивности воспалительная реакция приводит к глубоким морфологическим и функциональным нарушениям в органах и тканях, что требует при выборе методов и средств лечения такого воспаления назначения препаратов, обладающих выраженной противовоспалительный активностью.

Хронические периодонтиты в стадии обострения сопровождаются выраженными гнойно-воспалительными процессами. Для этиотропной терапии гнойной инфекции широкое применение нашли антибактериальные препараты - антибиотики, синтетические химиотерапевтические средства, однако эти препараты не являются специфическими противовоспалительными средствами и не оказывают влияния на патогенез воспаления.

Выраженным противовоспалительным, болеутоляющим и жаропонижающим действием обладают нестероидные противовоспалительные средства, такие как индометацин (метиндол). Нестероидные противовоспалительные средства в основном действуют на эксудацию и пролиферацию и в меньшей степени на процесс альтерации, то есть, по сути оказывают влияние на все фазы воспаления.

Конечно глюкокортикоиды обладают более сильным противовоспалительным эффектом, но как гормональные препараты дают много осложнений. Кроме того, они лишены способности оказывать быстрое болеутоляющее действие, которое присуще нестероидным противовоспалительным средствам за счет угнетения синтеза простогландинов - медиаторов воспаления в центральной нервной системе.

При назначении нестероидных противовоспалительных средств следует помнить тот факт, что если жаропонижающий и болеутоляющий эффекты достигаются через 0,5-2 часа, то противовоспалительный эффект - через 1-3 дня.

Чтобы избежать повторного обострения после пломбирования каналов при лечении хронических периодонтитов в стадии обострения и последующего хирургического вмешательства, которое наряду с неприятными субъективными ощущениями приводит и к временной нетрудоспособности больного, нами была предложена методика лечения таких зубов, которая сочетала применение местных антисептических и противомикробных препаратов с приемом per os антибиотиков, антигистаминовых препаратов и нестероидных противовоспалительных средств.

Пациенты были разделены на две группы. В первой группе пациентам в первое посещение после анестезии, в целях блокады периферических ветвей тройничного нерва раскрывали кариозную полость и полость зуба. Из устья корневых каналов, как правило, получали гнойный эксудат. Полость зуба и корневые каналы обрабатывали последовательно 3% перекисью водорода, йодинолом (до получения из корневого канала турунды с не изменившим синего цвета йодинолом), парканом. Затем корневой канал и апикальное отверстие расширяли эндодонтическим инструментом, обрабатывали крезофеном и зуб оставляли "открытым".

Назначали антибиотик ампиокс по 0,25 г за час до еды 4-5 раз, в зависимости от тяжести процесса, и антигистаминовые препараты - тавегил по 1т. 2 раза в день. Во время еды рекомендовали закрывать кариозную полость плотным ватным тампоном, после еды пациенты тампон удаляли и полоскали полость рта теплым содовым раствором - 0,5-1 чайная ложка питьевой соды на стакан воды.

Во второй группе пациентам наряду с ампиоксом и тавегилом назначали индометацин по 0,025 г 3 раза в день после еды (его хорошо запивать молоком).

На второе посещение к врачу больного приглашали на четвертый день от начала лечения. Выясняли субъективные ощущения - наличие или отсутствие самостоятельной боли, боли при накусывании на зуб и т.д. Жалобы, как правило, отсутствовали, пальпация переходной складки и перкуссия больного зуба были безболезненными. Иногда отмечали при перкуссии чувство дискомфорта, но боли не было. Пульпоэкстратором проверяли корневые каналы на наличие пищевых масс и затем обрабатывали канал последовательно 3% перекисью водорода, йодинолом, парканом.

Высушивали сухими турундами или бумажными штифтами и в каналах оставляли турунды, пропитанные крезофеном. Зуб закрывали временной пломбой. Больной продолжал принимать противовоспалительную и противоотечную терапию.

Через сутки (третье посещение) приглашали больного в клинику. Выясняли субъективные ощущения. При отсутствии жалоб и положительных данных объективного обследования зуб обкладывали валиками, удаляли временную пломбу и извлекали из корневых каналов турунды с крезофеном.

В случае отсутствия на турундах гнойного эксудата, корневые каналы высушивали ватными турундами или бумажными штифтами и в каналы еще раз вводили турунды с крезофеном. Через 1 минуту турунды извлекали, каналы высушивали и перед пломбировкой каналов проводили блокаду периферических ветвей тройничного нерва, по сути анестезию.

Пломбировали каналы эндометазоновой пастой до анатомического отверстия, случалось, пасту выводили и за апекальное отверстие. Из кариозной полости удаляли излишки пасты, бором "освежали" края и стенки кариозной полости и ставили постоянную пломбу. Больного отпускали с рекомендациями продолжить прием назначенных препаратов еще в течение двух дней после пломбирования корневых каналов.

Таким образом, пломбировку корневых каналов и постановку пломбы мы осуществляли на 5-6 день от начала лечения зуба.

В четырех случаях при лечении многокорневых зубов у больных первой группы, которым не назначали дополнительно индометацин, после извлечения через 24 часа турунд из корневых каналов на них отмечали гнойный эксудат. В этих случаях каналы обрабатывали антисептиками и еще на сутки оставляли турунды с крезофеном.

После пломбирования каналов при отсутствии у больного неприятных субъективных ощущений (нет обострения на проведенное лечение) через двое-трое суток после пломбировки каналов отменяли противовоспалительную и противоотечную терапию.

Следовательно, лечение больного зуба в общей сложности у нас заняло 7-8 суток. Всего было вылечено 40 зубов - 23 зуба в первой группе пациентов и 17 - во второй. При анализе ближайших и отдаленных результатов осложнений не выявлено.

Таким образом, результаты лечения хронических периодонтитов в стадии обострения показали, что применение антибиотиков и антигистаминных препаратов в комплексе с местными противовоспалительными средствами и блокадой периферических ветвей тройничного нерва позволяет избежать повторных обострений и последующих хирургических вмешательств.

Назначение дополнительно нестероидных противовоспалительных средств усиливает терапевтический эффект и приводит к сокращению сроков лечения на 1-2 дня.

В зависимости от конкретного случая выбираются способы лечения. Применяется методика лечения стволовыми клетками, кoтopая базируется на использовании их уникальных свойств и ростовых факторов.

Стволовые клетки, заместительная клеточная терапия, регенерация - в нaшe время эти слова понятны практически каждому человеку, даже не сведущему в медицине.

Вот уже около 100 лет вопросами омоложения организма и регенерации клеток вплотную занимается современная наука. На этапах становления этой удивительной методики, позволяющей восстанавливать функции пораженных тканей и органов, стимулировать собственные процессы регенерации тканей, была проведена огромная исследовательская работа, но реальные шаги в этом направлении были сделаны с появлением возможности искусственного размножения клеток. В настоящее время появилась возможность выращивания большинства клеток человека в лабораторных условиях и методика, кoтopя применяется в нaшeй клинике, уже не является экспериментальным методом, а по сути дела есть современный высокотехнологичный, доступный и абсолютно безопасный метод лечения, используемый в пародонтологии (лечении десен), имплантологии и при проведении зубосохраняющих операций.

Доказано, что применение заместительной клеточной терапии как самостоятельно, так и в сочетании с любыми хирургическими методами лечения в стоматологии приводит к более качественному лечению и лучшим результатам.

Препарат для заместительной клеточной терапии применяется в следующих случаях:

- лечение пародонтита

- лечение периодонтита

- лечение доброкачественных новообразований (лейкоплакий)

- лечение рецессий десны

- при удалении зубов для направленной костной регенерации

- лечение оро-антральных соустий

- при резекции верхушки корня и прочих зубосохраняющих операциях

- при вестибулопластике

- лечение кист

- в имплантологии

- для лечения язвенно-некротических поражений слизистой оболочки полости рта.

Следует отметить, что данный спектр показаний не является окончательным.

Что же происходит при применении метода заместительной клеточной терапии с живыми тканями? Как действует препарат?

Основная методика лечения стволовыми клетками базируется на использовании уникальных свойств стволовых клеток и их ростовых факторов - биорегуляторов. Попадая в организм, факторы роста стволовых клеток замедляют процессы старения и способствуют регенерации и заживлению собственных тканей и органов.

Введенные клетки становятся вашими собственными (!), принимая вид здоровых клеток в поврежденных тканях, заменяя собой "больные" клетки и размножаясь, восстанавливают поврежденный орган.

Кроме того, стволовые клетки имеют свойство вырабатывать специфические вещества, т.н. факторы роста, кoтopые "оживляют" ранее поврежденные и больные клетки.

На практике мы видим, что у пациентов страдающих хроническим пародонтитом происходит омоложение и восстановление слизистой оболочки полости рта, зарастание костных дефектов (карманов), уменьшение и исчезновение подвижности зубов.

При зубосохраняющих операциях и при имплантациях наблюдается быстрое прорастание кости в область костных дефектов, скорейшее приживление имплантов и сведение к минимуму возможности их отторжения.

Клетки препарата обладают такой выраженной биологической активностью, что способны подавлять размножение бактерий, поэтому в месте операции не возникает воспаления и отпадает необходимость в дополнительном приеме антибиотика.

"Культура клеток диплоидных человека для заместительной терапии" - медицинский иммунологический препарат, кoтopый пpeдcтaвляeт собой популяцию клеток человека, свободную от посторонних агентов, безопасную для применения, кoтopя производится на искусственных питательных средах. Такие клетки сохраняют свои основные функции присущие им в организме человека, но лишены антигенных свойств и могут применяться без ограничений.

Инoгда терапевтическими методами обойтись не удается, и для удаления очага инфекции пpoвoдитcя хирургическая операция резекции верхушки корня зуба.

# 3. Профилактика

Профилактические стоматологические средства

Их несколько групп:

* средства гигиены полости рта (зубные пасты),
* средства профилактические для полосканий (зубные эликсиры, растворы фторидов),
* средства для аппликаций (гели, фторлак),
* средства для втирания в ткани зуба (фториды, пасты, гели),
* средства для приема внутрь (фторированная соль, витамины и микроэлементы, таблетки натрия фторида).
* средства для герметизации фиссур (Силанты, герметики).

Силанты

Силанты (герметики) – это синтетические вещества на основе акрилатов, применяемые для профилактики кариеса зубов. Принцип их действия очень прост - силантами герметически закупоривают фиссуры (углубления) в жевательных зубах. В результате этого действия проникновение микрофлоры, образование мягкого зубного налета и развитие кариеса становится невозможным.

Этот метод очень эффективен, но трудоемок. Применение герметиков – единственный надежный метод профилактики кариеса фиссур зубов, наиболее частой и трудно диагностируемой формы кариеса жевательных зубов.

Какие бывают силанты?

В современной стоматологии применяются герметики светового и химического отверждения. Герметики светового отверждения затвердевают в результате воздействия света определенного спектра, герметики химического отверждения – в результате химической реакции.

Для улучшения фиксации герметиков в фиссурах производят протравливание поверхности зуба специальным составом, содержащим кислоту. Надежная фиксация герметиков в фиссурах зуба обеспечивает высокую эффективность этого профилактического средства.

Профилактические гели

Гели – средства профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний. Особые свойства геля – одновременно твердого тела и жидкости, делают его средством нового поколения в стоматологии. Как твердое тело, гель обладает способностью задерживаться на зубах, обеспечивая обработку зубов лекарственным веществом. Как жидкость, гель эффективен при аппликационном воздействии и электрофорезе.

Гели применяются для аппликаций, электрофореза, чистки зубов. Особенно эффективен гель при его применении для реминерализации зубов при различных заболеваниях зубной эмали. Это достигается быстрым поступление лечебных веществ из геля в эмаль зуба.

Зубные нити (флоссы)

Это специальные нити из синтетических волокон для очистки контактных поверхностей зубов и межзубных промежутков. Применение нитей позволяет предотвратить развитие кариеса контактных поверхностей зубов и воспаления десен. Чтобы увеличить эффективность применения нити ароматизируют и пропитывают фторидами.

Зубочистки

Используются для очистки межзубных промежутков и боковых поверхностей зубов. Зубочистки изготавливаются из дерева или пластмассы и представляют собой колышки различной величины и формы. По форме рабочей части они бывают плоскими, треугольными, овальными. Это профилактическое средство особенно эффективно при широких межзубных промежутках, наличии зубодесневых карманов, после пародонтологических операций.

Зубные пасты

Зубная паста – специальная лекарственная форма, предназначенная для гигиены полости рта, профилактики и лечения заболеваний. С помощью зубной пасты обеспечивается эффективное очищение полости рта и лечебно-профилактическое воздействие. Для этого в состав зубной пасты вводятся абразивные, антимикробные, бактериостатические, стимулирующие и поверхностно-активные вещества. Основные свойства зубной пасты – очищающие, антимикробные, органолептические и потребительские.

Очищающее действие зубных паст необходимо для устранения из полости рта пищевых остатков, микробов и зубного налета. С этой целью в состав зубной пасты включают мел, дикальций фосфат, натрия метафосфат, гидроокись алюминия, двуокись кремния и др.

Антимикробные и бактерицидные вещества включают в состав зубных паст как для воздействия на микрофлору полости рта, так и для сохранения свойств зубных паст. Для снижения кариесогенного действия микрофлоры полости рта в состав ряда зубных паст включают антисептики, такие как хлоргексидин. В настоящее время появились и активно разрабатываются пасты, в сосав которых входят ферменты, воздействующие на обмен веществ в полости рта, растворяющие мягкий зубной налет и пищевые остатки. Ещё одним эффективным средством являются гелевые зубные пасты.

Для улучшения органолептических и потребительских свойств в зубных пастах используют вещества, повышающие пластичность, ароматизаторы, пищевые красители.

Для лечения стоматитов, воспаления десен, заболеваний пародонта, используются зубные пасты, содержащие растительные добавки, биологически активные вещества, витамины, регуляторы обмена веществ.

Зубные пасты – эффективное и экономичное средство профилактики заболеваний зубов и полости рта. Их использование не требует привлечения медицинского персонала и носит регулярный характер. Гигиенические и лечебно-профилактические зубные пасты – массовое средство ухода за полостью рта, поэтому важную роль играют потребительские свойства этого товара – цвет, вкус, внешний вид.

# 4. Диагностика

Рентгенография является основным методом исследования зубов и костей челюстно-лицевой области. Рентгенография проводится при помощи цифрового ортопантомографа, позволяющего за считанные секунды получить рентгеновский снимок в любой проекции не на пленке, а на экране компьютера. Цифровая рентгенография позволяет получить высококачественное изображение, а самое главное – значительно снизить лучевую нагрузку на пациента. Кроме того, снимок будет сохранен в нашей электронной базе данных, что позволяет вернуться к нему в любой момент времени.

Функциональная диагностика в стоматологии используется для оценки состояния зуба и окружающих тканей. С помощью ее можно объективно оценить, насколько удалось восстановить состояние зуба и при необходимости скорректировать лечение.

Для оценки состояния пульпы зуба при различных заболеваниях используется электроодонтодиагностика. Этот метод основан на измерении электропроводимости тканей зуба и позволяет дифференцировать средний и глубокий кариес, а также различные формы пульпита.

На основании этих исследований специалисты предлагают оптимальную схему лечения.

# Заключение

Периодонтит является наиболее опасным осложнением кариозного процесса. В этом случае воспалительный процесс распространяется не только на ткани зуба, но и на костную ткань вокруг верхушек корней зубов. По степени повреждения различают фиброзную форму периодонтита, гранулёму, кисту.

Понять, что у вас периодонтит, несложно – резкая боль в области зуба, по этой причине дотронуться до него совершено невозможно, да и страшно – зуб вдруг становится подвижным. Нормально есть, соответственно, также не получается. Возникает такое ощущение, что зуб «вырос». Боль в нем усиливается при приеме теплой и горячей пищи и успокаивается от холодного. Для полной картины припухает десна, а нередко и губа со щекой, и все это на фоне повышения температуры тела. Если дело дошло до такого, очень жаль, это действительно периодонтит – воспаление тканей вокруг корня и верхушки зуба.

Скорее всего, это началось не вчера, с распространенного пульпита со всеми его «прелестями». Вытерпев их, вы достигли того, что воспаление из корня зуба вышло за его пределы и захватило окружающие ткани, вызвав острый периодонтит. Состояние довольно опасное своими осложнениями - остеомиелитом челюсти, гнойным воспалением мягких тканей лица и шеи, острым сепсисом. Которых нетрудно дождаться, пытаясь лечиться самостоятельно – обезболивающими таблетками, полосканиями прочим, что принесет лишь временное облегчение.

Периодонтит может возникнуть и в результате травмы – когда окружающие ткани повреждаются при лечении того же пульпита (удаление пульпы, после пломбирования канала), или после резкого накусывания очень твердых предметов.

Периодонтит бывает и хроническим, когда воспаление у верхушки зуба развивается очень постепенно, не дает характерной боли, и не обостряется. При хронической форме периодонтита все выражено слабее, но может сопровождаться отеком и покраснением десны и повышением температуры, в некоторых случаях наличием свищевого хода. Но состояние это не более приятное, чем острый периодонтит. Дело в том, что беспрепятственно размножаясь вокруг зубов, различные бактерии выделяют токсины, которые на протяжении многих лет «отравляют» организм человека, и вызывают болезни сердца, почек, суставов и др.

В любом случае, периодонтит подлежит сложному, иногда долгому профессиональному лечению – чтобы спасти зуб, ограничившись полным снятием воспаления и пломбированием корня зуба. Для этого делают так, чтобы гной из очага воспаления вовремя смог выйти через канал зуба наружу. Иначе он сам проложит себе путь через кости и десны, образуя долго не заживающие свищевые ходы. Одно из условий благоприятного исхода – очищение корня зуба от воспаленной пульпы. После снятия воспаления проводят антисептическое лечение тканей вокруг зуба, закладывая лекарство в зуб и ставя временную пломбу на неделю или больше. Приходится при таком состоянии назначать и прием антибиотиков. При благоприятном течении зуб пломбируется окончательно, также под рентгенологическим контролем и с применением хороших пломбировочных материалов. Если зуб разрушен значительно, лечение приходится дополнять реставрацией зуба или коронкой.

Случается и так, что зуб приходится удалять, например, когда канал корня очень узкий, и отток воспаленной жидкости, и лечение через него невозможны. Но чаще хирургическое вмешательство при периодонтите сводится к удалению воспаленной верхушки корня зуба, что позволяет спасти весь зуб. Такая же операция необходима, если нелеченный периодонтит привел к возникновению кисты или кистогранулемы, когда ткани около верхушки зуба разрушаются с образованием полости, которая может увеличиваться и дальше разрушать все вокруг.

# Список литературы

1. Астахов В.А. Лечение периодонтита // Здоровье – 2000 - №3 – С.14-15
2. Бровицкий А.С. Виды, симптомы, лечение периодонтита // Стоматология, 2000 - №2-С.15
3. Веселов А.В. Лечение хронического периодонтита // Стоматология, 2000 - №12-С.21
4. Драгунов С.К. Профилактические стоматологические средства // Здоровье – 2000 - №3 – С.32
5. Яковлева М.Ю. Функциональная диагностика в стоматологии// Стоматология, 2000 - №5- С.10