



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при острой боли челюстно-лицевой области

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП107**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Авторы: сотрудники кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова - Яременко А.И., Журавлев И.В., Иванов Ю.В., Науменко Г.В., Петросян А.С., Петров Н.Л

Определение

Острая боль челюстно-лицевой области - болевой синдром, возникающий и\или иррадиирующий в область лица и челюстей.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
K00.7	Синдром прорезывания зубов
K02	Кариес зубов
K04.0	Пульпит
K05.2	Острый пародонтит

Этиология и патогенез. Болевой синдром - частый симптом воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области вследствие богатой иннервации последней, ведущей к интенсивности болевого ощущения и возможности его иррадиации в различные отделы головы и шеи. Некоторые соматические заболевания (невралгия и неврит тройничного нерва, средний отит, гайморит, инфаркт миокарда и другие) могут симулировать зубную боль, что затрудняет диагностику.

Острая зубная боль может возникать при поражении тканей зуба, слизистой оболочки полости рта, пародонта, кости. Выделяют следующие причины острой зубной боли:

Гиперестезия твёрдых тканей зуба часто связана с дефектами твердых тканей (повышенная стираемость зубов, эрозии твердых тканей, клиновидные дефекты, химическое повреждение эмали, рецессия десны и др.).

Кариес — патологический процесс, проявляющийся поражением твердых тканей зуба, их деминерализацией и размягчением с образованием полости.

Пульпит — воспаление пульпы зуба, возникающее при проникновении в пульпу зуба микроорганизмов или их токсинов, химических раздражителей (через кариозную полость, верхушечное отверстие корня зуба), а также при травме пульпы зуба.

Периодонтит — воспаление периодонта, которое развивается при попадании микроорганизмов, их токсинов, продуктов распада пульпы в периодонт, а также при травме зуба (ушиб, вывих, перелом).

Перикоронит – воспаление мягких тканей, окружающих прорезающийся или прорезавшийся зуб (как правило, третьих моляров – «зубов мудрости»).

Невралгия тройничного нерва — полиэтиологическое заболевание, в генезе которого важное значение придают нарушениям в периферических и центральных механизмах регуляции болевой чувствительности. При патологии зубов боль может распространяться в височную область, нижнюю челюсть, иррадиировать в область гортани и уха, теменную область. Для невралгии характерны приступообразные боли после касания областей выхода тройничного нерва (надбровная область, подглазничная и подбородочная область (триггерные зоны), отсутствие ночных болей, старшие возрастные группы больных.

Классификация.

острая зубная боль не диагноз, а симптом указывающий на:

- поражение твердых тканей, пульпы зуба и тканей периодонта, которая требует амбулаторного лечения у врача-стоматолога.
- процесс в костной ткани челюстей, которая требует срочной госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии.
- наличие иных заболеваний (невралгию тройничного нерва, гайморит и т.д.)

Клиническая картина. Острая зубная боль может иметь разный характер и возникать в различных ситуациях, что зависит от того, какие ткани и в какой степени поражены.

Характер боли при поражении твердых тканей зуба зависит от глубины патологического процесса:

- При гиперестезии эмали и поверхностном кариесе боль острая, но кратковременная. Она возникает при воздействии экзогенных (температурных и химических) раздражителей и прекращается после устранения источника раздражения. Осмотр зубов при поверхностном кариесе позволяет обнаружить неглубокую кариозную полость в пределах эмали, с неровными краями. Зондирование может быть болезненно.

- При среднем кариесе поражены эмаль и дентин, при зондировании полость более глубокая, боль возникает не только от термических и химических, но и от механических раздражителей, исчезает после их устранения.

- При глубоком кариесе при попадании в кариозную полость пищи возникает кратковременная, острая зубная боль, исчезающая при устранении раздражителя. Поскольку при глубоком кариесе остается тонкий слой дентина, покрывающий пульпу зуба, могут развиваться явления очагового пульпита.

Пульпит характеризуется более интенсивной, чем при кариесе, болью, которая может возникать без видимых причин:

- при остром очаговом пульпите острая зубная боль локализованная, приступообразная, кратковременная (длится несколько секунд), возникает без видимых причин, но может быть продолжительной при воздействии температурных раздражителей, усиливается в ночное время; промежутки между болевыми приступами продолжительные; со временем боль становится более длительной; кариозная полость глубокая, зондирование дна болезненное;

- при остром диффузном пульпите отмечают продолжительные приступы острой распространённой зубной боли, усиливающейся ночью, иррадиирующей по ходу ветвей тройничного нерва, с короткими периодами ремиссии; кариозная полость глубокая, зондирование дна болезненное;

- при развитии хронического процесса (хронический фиброзный пульпит, хронический гипертрофический пульпит, хронический гангренозный пульпит) интенсивность болевого синдрома уменьшается, боль становится ноющей хронической, нередко возникает только при еде и чистке зубов.

Для воспалительных заболеваний пульпы зуба характерен ночной характер болей. Боли приступообразные со светлыми промежутками.

При остром **периодонтите** и обострении хронического периодонтита пациент жалуется на постоянную локализованную боль различной интенсивности, усиливающуюся при еде и перкуссии, ощущение, что зуб «вырос», стал как бы выше. При осмотре полости рта выявляют гиперемию и отёчность десны, её болезненность при пальпации. Асимметрия лица не наблюдается. При обострении хронического периодонтита возможно наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. Перкуссия поражённого зуба болезненна, при зондировании может быть обнаружена вскрытая полость зуба. При хроническом периодонтите боль менее сильная. Может беспокоить постоянная ломящая боль в области поражённого зуба, но у некоторых пациентов она отсутствует.

При **невралгии тройничного нерва** приступообразные дергающие, режущие, жгучие боли появляются в определённой зоне лица, соответствующей зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Изменения мягких тканей лица не наблюдаются.

Сильная боль не позволяет больному разговаривать, умываться, принимать пищу из-за страха спровоцировать новый приступ. Приступы возникают внезапно и также прекращаются. Они могут сопровождаться вегетативными проявлениями (гиперемией в области иннервации

пораженной ветви тройничного нерва, расширением зрачка на стороне поражения, увеличением количества слюны, слезотечением) и сокращением мимической мускулатуры. При невралгии второй ветви тройничного нерва болевой синдром может распространяться на зубы верхней челюсти, а при невралгии третьей ветви тройничного нерва — на зубы нижней челюсти.

При пальпации зоны иннервации соответствующей ветви тройничного нерва может быть выявлена гиперестезия кожи лица, а при надавливании на болевые точки — спровоцирован приступ невралгии. Характерной особенностью невралгии тройничного нерва служит отсутствие боли во сне.

Для **перикоронита** характерна боль в задних отделах ротовой полости, в горле. Боль усиливается при глотании, приеме воды и пищи. Возможно затрудненное открывание рта. В поднижнечелюстных областях и боковой поверхности шеи пальпируются увеличенные и болезненные лимфатические узлы.

Характеристика и локализация боли при заболеваниях челюстно-лицевой области приведена ниже.

Поверхностный кариес. Болевые ощущения могут быть различной интенсивности и имеют приступообразный характер: кратковременная локализованная (в области причинного зуба) боль возникает при действии химических, термических, реже механических раздражителей и исчезает после устранения раздражителя.

Средний кариес. Боль обычно тупая, кратковременная, локализована в области причинного зуба, возникает при действии химических, термических, реже механических раздражителей и исчезает после устранения раздражителя.

Глубокий кариес характеризуется возникновением острой локализованной (в области причинного зуба) интенсивной боли при попадании в кариозную полость пищи, исчезающей после устранения раздражителя.

Острый очаговый пульпит. Беспокоит кратковременная локализованная (в области причинного зуба) интенсивная острая боль, имеющая самопроизвольный приступообразный характер. Боль усиливается в ночное время.

Острый диффузный пульпит. Боль интенсивная продолжительная, имеет острый самопроизвольный характер. Боль не локализована, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва и усиливается в ночное время.

Острый периодонтит и обострение хронического периодонтита характеризуются острой приступообразной, пульсирующей продолжительной (с редкими промежутками ремиссии) болью. Боль локализована в области причинного зуба, имеет различную интенсивность, усиливается при еде и перкуссии поражённого зуба. Больной отмечает ощущение, что зуб «вырос».

Невралгия тройничного нерва. Боль острая, приступообразная, чаще возникает при разговоре и при прикосновении к коже лица. Боль не локализована, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва. Болевые ощущения интенсивные, ослабляются или прекращаются ночью, имеют обычно кратковременный характер.

Перикоронит. Боли при открывании рта и приеме пищи. Возможно затруднение глотания.

Дифференциальная диагностика.

Дифференциальная диагностика поражений твёрдых тканей и пульпы зуба не показана при оказании скорой медицинской помощи.

Для решения вопроса о доставке пациента в стационар на догоспитальном этапе важна дифференциальная диагностика острого остеомиелита и острого периостита с обострением хронического периодонтита.

При периодонтите характерна постоянная локализованная боль различной интенсивности, усиливающаяся при еде и перкуссии поражённого зуба. Больной жалуется на ощущение, что зуб «вырос», на нарушение сна. При объективном обследовании возможно незначительное ухудшение общего состояния пациента, повышение температуры тела, увеличение регионарных лимфатических узлов. При осмотре полости рта иногда выявляют гиперемию и отёчность слизистой оболочки десны, её болезненность при пальпации; возможно наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. Показано терапевтическое или хирургическое лечение в амбулаторных условиях, доставка в стационар только при наличии сопутствующих декомпенсированных заболеваний (ИБС, ГБ, коагулопатии и т.д.).

При остром гнойном периостите возникают сильные, иногда пульсирующие боли. При объективном обследовании отмечают повышение температуры тела, асимметрия лица за счет отёка мягких тканей, увеличение регионарных лимфатических узлов. При осмотре полости рта выявляют отёчность и гиперемию слизистой оболочки края десны, сглаженность и гиперемию переходной складки. Показано неотложное хирургическое лечение: либо в амбулаторных условиях, либо доставка в стационар при нарушении общего состояния и\или наличии сопутствующих заболеваний.

При остром остеомиелите больной жалуется на боль в области причинного зуба, которая быстро распространяется и усиливается. При объективном обследовании отмечают выраженную интоксикацию, повышение температуры тела, озноб, слабость, асимметрия лица за счет выраженного отёка мягких тканей, увеличение регионарных лимфатических узлов; в тяжёлых случаях гной может распространяться в окружающие мягкие ткани с развитием флегмоны. При осмотре полости рта выявляют гиперемию и отёчность слизистой оболочки в области края десны. Показана срочная доставка в стационар и госпитализация в профильное отделение для хирургического лечения с последующей консервативной терапией.

Действия на вызове скорой медицинской помощи

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

- Как себя чувствуете?
- Какая температура тела?
- Как давно болит зуб?
- Были ли приступы острой боли в зубе ранее?
- Имеется ли отёк десны или лица?
- Какая ощущается боль: в определённом зубе или боль иррадирует?
- Боль возникает самопроизвольно или под влиянием каких-либо раздражителей (еды, холодного воздуха, холодной или горячей воды)?
- Прекращается ли боль после прекращения действия раздражителя?
- Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная)?
- Не затруднён ли приём пищи?
- Изменяется ли характер боли ночью?
- Имеются ли функциональные нарушения зубочелюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?

В случаях, когда имеются разлитая боль и коллатеральный отёк тканей, необходимо выяснить следующие моменты:

- Нет ли припухлости мягких тканях, инфильтратов или выделения гноя?
- Не беспокоит ли общая слабость?
- Не повышалась ли температура тела?
- Не беспокоит ли озноб?
- Как открывается рот?
- Не затруднено ли глотание?
- Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- Купируется ли боль применяемыми лекарственными средствами?

Диагностика.

Обследование пациента с острой зубной болью включает несколько этапов.

- Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, смыкание зубов, окраска кожных покровов).
- Осмотр полости рта:
 - состояние зубов (кариозные зубы, гипоплазия эмали, клиновидный - дефект, флюороз, повышенная стираемость эмали);
 - состояние края десны (гиперемия, отёчность, кровоточивость, наличие зубодесневого кармана, свищевого хода и др.);
 - состояние слизистой оболочки полости рта.
- Пальпация мягких тканей и костей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
- Выявление специфических симптомов невралгии.
- Определение гиперестезии кожи лица.
 - Провоцирование приступа невралгии тройничного нерва путём надавливания на болевые точки (первая в подглазничной области, на 1 см ниже края глазницы по зрачковой линии, вторая на нижней челюсти, ниже 4-зубов, в проекции подбородочного отверстия).

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

Лечение.

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с острой зубной болью на догоспитальном этапе является выявление состояний, требующих доставки в стационар. Для снятия острой зубной боли

целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

Способы применения и дозы лекарственных средств.

- Кетопрофен в/м и в/в 100-200 мг.
- Кеторолак 10 - 20 мг вводят в/м.
- Парацетамол 500 мг

Показания к доставке в стационар

Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела, ознобом, слабостью, асимметрией лица за счет отёка мягких тканей, затрудненном открывании рта, нарушенном глотанием показана срочная госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Часто встречающиеся ошибки.

- Недостаточно полный сбор анамнеза.
- Неправильная оценка распространённости и тяжести воспалительного процесса.
- Неправильно проведённая дифференциальная диагностика, приводящая к ошибкам в постановке диагноза и тактике лечения.
- Назначение лекарственных препаратов без учёта соматического состояния и применяемой пациентом лекарственной терапии.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Диагностика (D,4)

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- рентгенография челюстей.

Лечение (D,4)

- консультация врача-челюстно-лицевого хирурга;
- консультация врача-терапевта (по показаниям);
- осмотр врачом-оториноларингологом (по показаниям);
- осмотр врачом-неврологом (при подозрении на невралгию тройничного нерва).

Показания для госпитализации в профильное отделение

- необходимость удаления зуба при пульпите, обострение хронического периодонтита и т.д. у пациента с сопутствующими заболеваниями (соматическими и психическими);
- перекоронит с выраженной воспалительной реакцией или нарушении общего состояния;
- острый периостит челюсти при наличии сопутствующей патологии или нарушении общего состояния;
- острый лимфаденит челюстно-лицевой области при наличии сопутствующей патологии или нарушении общего состояния;
- острый остеомиелит челюсти, флегмона (абсцесс) челюстно-лицевой области.

Показания для госпитализации на койки краткосрочного пребывания

- обострение хронического периодонтита у пациента с сопутствующими заболеваниями;

- острый периостит челюсти;
- перекоронит.

Показания для направления на лечение в амбулаторных условиях

- обострение хронического периодонтита после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента;
- острый периостит челюсти после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента;
- перекоронит после хирургического лечения при отсутствии осложнений и удовлетворительном состоянии пациента.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень

	низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные

	доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+