УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ВИТЕБСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С КУРСОМ ФПК И ПК

Обсуждено на заседании кафедры

Протокол № 1 от 01.09.2023 года

* 1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ № 17
		1. для проведения занятия со студентами 5 курса в 10 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

**ТЕМА: Клинические проявления, диагностика, лечение хронического**

**апикального периодонтита**

Время 6 ч

**Витебск 20231. УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ**

1.Изучить классификации апикальных периодонтитов.

2. Изучить патогенез, патогистологию периодонтитов.

3. Научиться проводить дифференциальную диагностику периодонтитов.

4. Изучить клинику и диагностику периодонтитов.

5. Соблюдать правила деонтологии при общении с пациентами.

**2. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ**

1. Наборы инструментов для обследования и лечения пациентов в стоматологическом терапевтическом кабинете.

2. Стоматологические установки «MELORIN», «PERFORMER».

3. Учебные и наглядные пособия:

* учебная литература
* стоматологический инструментарий
* амбулаторная карта формы 043/у-06
* методические разработки кафедры

3. ВОПРОСЫ, ЗНАНИЕ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

1. Оборудование и инструментарий для обследования стоматологического пациента.

2. Порядок обследования стоматологического пациента.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии.

**4. ВОПРОСЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ИЗУЧЕНИЮ НА ЗАНЯТИИ**

1. Классификация болезней периапикальных тканей ВОЗ (1997).

2. Патогенез хронического апикального периодонтита.

3. Патогистология хронического апикального периодонтита.

4. Хронические формы апикального периодонтита. Клиника. Диагностика

5. Дифференциальная диагностика хронических форм апикального периодонтита.

**5. Ход занятия:**

1. Хронический фиброзный верхушечный периодонтит.
2. Хронический гранулирующий верхушечный периодонтит.
3. Хронический гранулематозный верхушечный периодонтит.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Методы рентгенологического исследования, их интерпретация.
6. Алгоритм чтения рентгенограмм при патологии челюстно-лицевой области.
7. Показания к выбору метода лечения. Апикального периодонтита.
8. Протокол эндодонтического лечения (европейское общество эндодонтистов, 1994г.)

Хронические формы апикального периодонтита встречаются часто и занимают 3-е место после кариеса и пульпита (Т.Ф.Виноградова, 1990; А.С.Иванов, А.К.Иорданишвили, 1992). По данным Х.И.Сандакбаровой и Р.Н.Жапановой (1988), с хроническими и обострившимися хроническими формами верхушечного периодонтита обращается 55% больных. В возрасте 35-44 лет у каждого жителя 3-5 зубов удалены по поводу верхушечного периодонтита (Е.В.Боровский, 1996).

Хронические верхушечные периодонтиты характеризуются довольно скудной симптоматикой, что связано с преобладанием при этих формах заболевания продуктивных (пролиферативных) явлений и слабо выраженной экссудации.

**ВОПРОС 1. Хронический фиброзный верхушечный периодонтит**

Обычно он не вызывает жалоб больного.

***Объективно***: отмечаются изменение цвета зуба, глубокая кариозная полость либо выпадение пломбы. При обследовании - пульпа зуба некротизированна, ЭОД-100 мкА и более, зондирование вскрытой полости зуба и корневых каналов, перкуссия безболезненны, слизистая оболочка десны бледно-розового цвета. При ревизии корневых каналов можно выявить распад пульпы и гнилостный запах либо наличие остатков несостоятельной корневой пломбы.

Рентгенографически определяется расширение периодонтальной щели в области верхушки корня, деформация ее с сохранением четких контуров компактной пластинки кости альвеолы, возможен гиперцементоз. Нередко выявляется корневая пломба.

**Вопрос 2. Хронический гранулирующий верхушечный периодонтит. Жалоб больной не предъявляет.**

***Анамнез***: со слов больного, зуб ранее беспокоил, в прошлом - приступообразная боль, зуб реагировал на температурные раздражители. У некоторых больных на первый план воспоминаний выступает образование свища на десне или коже лица.

***Объективно***: при осмотре пораженного зуба выявляется глубокая кариозная полость, выполненная некродентином, зондирование кариозной полости, полости зуба, корневых каналов безболезненно. В полости зуба и корневых каналах - распад пульпы, гнилостный запах. Иногда встречается болезненность в области верхушки корневого канала и кровоточивость, что объясняется прорастанием грануляционной ткани через резорбированное верхушечное отверстие в просвет корневого канала. ЭОД-160 мкА. Симптом вазопареза положительный (при давлении на слизистую оболочку десны пуговчатым штопфером определяется побледнение слизистой оболочки и возникает углубление, которое очень медленно исчезает, сменяясь стойкой гиперемией). На десне может быть свищевой ход либо нежные рубцы - следы свищей, в отдельных случаях свищ появляется на коже лица вблизи пораженного зуба. Вокруг свищевого хода нередко наблюдается разрастание грануляционной ткани. Лимфатические узлы при пальпации могут быть увеличенными и болезненными.

Рентгенологически определяется разрежение околоверхушечных тканей без четких границ в виде языков пламени. Верхушка корня иногда укорочена за счет резорбции цемента и дентина корня зуба.

**ВОПРОС 3.Хронический гранулематозный верхушечный периодонтит**. Жалобы больного отсутствуют.

***Объективно***: коронка зуба интактна или зуб запломбирован, нередко имеется глубокая кариозная полость, выполненная некротическим дентином. При наличии в полости зуба и корневых каналах распада пульпы - гнилостный запах. Зондирование полости зуба и корневых каналов, перкуссия безболезненны. Перкуторно определяется очень своеобразный звук - тимпатический. Пальпация по переходной складке безболезненна, иногда выявляется выпячивание костной стенки соответственно расположению гранулемы. ЭОД -160 мкА. Лимфатические узлы увеличены, пальпация их болезненна.

Рентгенографически обнаруживается очаг деструкции костной ткани округлой формы, губчатое вещество вокруг него становится более плотным. Очаг деструкции костной ткани может локализоваться в области верхушки или на боковой поверхности корня, тогда линия периодонта переходит в костный дефект.

**ВОПРОС 4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.**

Хронические формы верхушечного периодонтита необходимо дифференцировать между собой, со средним кариесом, хроническим гангренозным пульпитом, острым верхушечным периодонтитом в фазе купирования процесса.

1. Сравнение хронических форм верхушечного периодонтита друг с другом.

**Общие признаки**:

а) бессимптомное течение при отсутствии субъективных и объективных клинических данных;

б) изменение цвета коронки зуба;

в) слизистая оболочка в области больного зуба чаще без изменений, но возможна гиперемия; положительный симптом вазопареза;

г) увеличение лимфатических узлов и болезненность их на стороне больного зуба при пальпации;

д) наличие свищевого хода при хроническом верхушечном гранулирующем и гранулематозном периодонтитах.

**Различия**: а) рентгенологическая картина:

* деформация периодонтальной щели в виде ее расширения у верхушки корня, без резорбции компактной пластинки и цемента корня при фиброзном хроническом верхушечном периодонтите;
* очаг разрежения костной ткани в области верхушки корня с нечеткими границами, неровной ломаной линией при хроническом гранулематозном верхушечном периодонтите;
* небольшой очаг (до 0,5 см) разрежения костной ткани с четкими границами овальной или округлой формы при хроническом гранулематозном верхушечном периодонтите;

б) возможна болезненность при пальпации области верхушки корня при хроническом гранулирующем и гранулематозном периодонтитах;

в) отсутствие свищевого хода при фиброзном периодонтите;

г) дискомфорт: чувство растирания при хроническом верхушечном гранулирующем периодонтите, реже - при хроническом фиброзном верхушечном периодонтите.

2. Хронические формы верхушечного периодонтита дифференцируют со средним кариесом, особенно в тех случаях, когда отсутствуют четкие клинические признаки, характерные для него.

Для среднего кариеса характерны:

а) кратковременная болезненность при зондировании и обработке кариозной полости по эмалево-дентинной границе;

б) болевая реакция на температурные раздражители;

в) отсутствие признаков дисколорита эмали;

г) отсутствие чувства тяжести в зубе;

д) ЭОД— 2—6мкА.

В дифференциальной диагностике важным является определение электровозбудимости пульпы, которая при среднем кариесе колеблется в указанных пределах, констатируя факт здоровой пульпы зуба.

3. Дифференцируют хронический верхушечный периодонтит с хроническим гангренозным пульпитом.

**Общее**:

а) наличие глубокой кариозной полости в пределах околопульпарного дентина; дентин влажный, рыхлый, с гнилостным запахом;

б) зондирование дна и стенок кариозной полости безболезненное;

в) сообщение с полостью зуба, зондирование которой также безболезненно;

г) сходные рентгенологические данные хронического гранулирующего верхушечного периодонтита с хроническим гангренозным пульпитом.

**Различия**: Дифференцируют хронический верхушечный периодонтит с хроническим гангренозным пульпитом.

**Общее**:

а) наличие глубокой кариозной полости в пределах околопульпарного дентина; дентин влажный, рыхлый, с гнилостным запахом;

б) зондирование дна и стенок кариозной полости безболезненное;

в) сообщение с полостью зуба, зондирование которой также безболезненно;

г) сходные рентгенологические данные хронического гранулирующего верхушечного периодонтита с хроническим гангренозным пульпитом

д) глубокое зондирование, определяемое путем введения пульпэкстрактора в корневой канал для удаления некротической пульпы болезненное при хроническом гангренозном пульпите.

е) ЭОД — 75—95 мкА при хроническом гангренозном пульпите 50Д выше 100 мкА при хронических формах верхушечного периодонтита.

Определяющим в постановке диагноза являются данные ЭОД.

4. Дифференциальную диагностику хронических форм верхушечного периодонтита проводят с острой формой верхушечного периодонтита в фазе купирования процесса или интоксикации.

Обострившийся хронический верхушечный периодонтит. Для этой формы верхушечного периодонтита характерны локализованная непрерывная ноющая боль, резкая боль при прикосновения языком и накусывании на больной зуб, а также при перкуссии рольной испытывает чувство "выросшего зуба".

***Объективно***: наличие глубокой кариозной полости, сообщавшейся с полостью зуба. Гнилостный запах. Зондирование кариозной полости и полости зуба безболезненно. Возможна патологическая подвижность зуба II—III степени, что связано с деструкцией коллагеновых структур, особенно косо расположенных. ЭОД — 100 мкА и выше. Слизистая оболочка отечна, гиперемированна, симптом вазопареза положительный. Наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, пальпация переходной складки болезненна.

***Проявляется в трех формах***:

1) обострившийся хронический верхушечный фиброзный периодонтит;

2) обострившийся хронический верхушечный гранулирующий периодонтит;

3) обострившийся хронический верхушечный гранулематозный периодонтит.

**Дифференциальная диагностика**. Обострившийся хронический верхушечный периодонтит необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями: острым верхушечным периодонтитом в фазе экссудации, локальной формой пародонтита в стадии абсцедирования, невралгией тройничного нерва, хроническим верхушечным периодонтитом в периоде ремиссии обострения.

Обострившийся хронический верхушечный периодонтит дифференцируют с острым верхушечным периодонтитом в фазе экссудации.

**Общие признаки**:

а) наличие всех симптомов острого и хронического воспаления;

б) резкая боль при перкуссии;

в) резкая боль при прикосновении и накусывании на больной зуб;

г) ЭОД — более 100 мкА;

д) увеличение лимфатических узлов и болезненность их при пальпации;

е) повышение температуры тела, озноб, общее недомогание.

**Различия**:

а) длительность заболевания (выясняется из анамнеза);

б) данные рентгенографии: отсутствие изменений верхушечного периодонта при остром верхушечном периодонтите; наличие изменений, выраженных либо расширением, деформацией периодонтальной щели, деструкцией компактной пластинки периодонта или деструктивными нарушениями костной ткани в области верхушки корня, при обострившихся формах хронического верхушечного периодонтита;

в) дисколорит эмали и дентина при обострившихся формах хронического верхушечного периодонтита, что связано с длительностью срока заболевания;

г) отсутствие свищевого хода при остром верхушечном периодонтите; наличие свищевого хода, из которого выделяется гнойный экссудат, обязательно при обострившихся формах хронического верхушечного периодонтита.

2. Обострившийся хронический верхушечный периодонтит необходимо отличать от локальной формы пародонтита в стадии абсцедирования.

**Общие признаки**:

а) наличие всех признаков воспаления;

б) увеличение регионарных лимфатических узлов.

**Различия**:

а) бочкообразное изменение конфигурации и размеров 1-2 меж зубных сосочков;

б) появление обильного кровотечения при прикосновении к межзубному сосочку при гингивите и пародонтите;

в) выделение гнойного экссудата при пальпации края десны;

г) наличие подвижности зуба;

д) сохранение электровозбудимости пульпы зуба в пределах 2- 6 мкА;

е) на рентгенограмме - резорбция костной ткани по вертикальному либо смешанному типу в области проекции больного пародонта.

3. Обострившиеся формы хронического верхушечного периодонтита следует дифференцировать с невралгией тройничного нерва, которая характеризуется наличием курковых зон, выявляющихся из анамнеза и при пальпации. Чаще всего при невралгии тройничного нерва подозреваемые зубы интактны, перкуссия их безболезненна, а боль может возникать только в том случае, если сам зуб является курковой зоной.

4. Дифференциальную диагностику обострившихся форм хронического верхушечного периодонтита с хроническими верхушечными периодонтитами проводят в период ремиссии обострения околоверхушечного процесса или во время лечения обострившихся форм хронического верхушечного периодонтита. В постановке диагноза помогает тщательный сбор анамнеза и внутриротовая рентгенография больного зуба.

**ВОПРОС 5. МЕТОДЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ИХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ.**

В основе рентгенографического метода лежит способность тканей разной плотности задерживать или пропускать через себя рентгеновские лучи. Лучи, прошедшие через плотные участки костей, зубов, поглощаются ими больше, чем мягкими тканями, и проявляются на рентгенограмме как более светлые участки.

В зависимости от взаиморасположения пленки и объекта исследования (зубы и окружающие их ткани) различают внутриротовые рентгенограммы (пленка введена в полость рта) и внеротовые (пленка расположена снаружи). Внутриротовые рентгенограммы, в зависимости от положения пленки в полости рта, подразделяют на контактные (пленка прилежит к исследуемой области) и окклюзионные (пленка удерживается сомкнутыми зубами и находится на некотором расстоянии от исследуемой области).

**Показания**:

* исследование зубов и околозубных тканей,
* выявление конкрементов в протоке подчелюстной слюнной железы,
* исследование отдельных участков альвеолярных отростков.

**Внеротовая рентгенография.**

Обзорными снимками верхней и нижней челюсти являются снимки лицевого черепа в передней и боковой проекциях.

Для получения снимка верхней челюсти, придаточных пазух наиболее часто используют аксиальную (больной укладывается лицом на кассету с пленкой с максимально выдвинутым вперед подбородком), полуаксиальную (больной укладывается лицом вниз с упором подбородка на горизонтально расположенную кассету, при этом кончик носа находится на расстоянии 1 см от кассеты) и прямую подбородочно-носовую проекцию.

Эмаль зуба дает плотную тень, а дентин и цемент - менее плотную. Полость зуба распознается по Кантурам менее плотной тени в центре коронки - в проекции корня зуба и компактной пластинки альвеолы, которая выглядит равномерной, более темной полоской шириной 0,2-0,25 мм.

Рентгенография позволяет **определить состояние**:

1. твёрдых тканей зубов (скрытые кариозные полости на контактных поверхностях зубов, под искусственной коронкой).
2. ретенированных зубов (их положение и взаимоотношение с тканями челюсти степень сформированности корней и каналов).
3. прорезавшихся зубов (перелом, перфорация, сужение, искривление, степень сформированности и рассасывания).
4. Инородные тела в корневых каналах (штифты, обломанные боры, иглы)

**Оценить**:

1. проходимость канала степень пломбирования канала и правильность наложения пломбы.
2. состояние околоверхушечных тканей.
3. наличие атрофии костной ткани межзубных перегородок
4. наличие новообразований, секвестров.
5. состояние височно-нижнечелюстного сустава.

Кариес может быть диагностирован рентгенографически, как зона затемнения (негатив).

**Ортопантомография**. Особенностью этого метода является, что на увеличенном развернутом изображении верхних и нижних челюстей отображается все зубы. Этот метод используют при диагностике травмы (перелома, адентии и т. д.)

**Томография** – метод рентгенологического исследования, дающий возможность послойного исследования изучаемой структуры.

**Электрорентгенография** – способ получения на обычной бумаге рентгеновского изображения исследуемого объекта с помощью специальной приставки к рентгеновскому аппарату

**Радиовизиография**. Находит успешное применение в эндодонтии имеет ряд преимуществ:

1. Время экспозиции минимально, следовательно, время воздействия снижается на 90%.

2. Исключается необходимость в рентгеновской плёнке и в химикатах.

3. Экономия времени на проявление и сушку плёнки.

Диагностика с помощью томаграфических исследований (фокусировка на определённой глубине ткани, что часто бывает актуальным при заболевании ВНЧ, слюнных желез, верхнечелюстных пазух).

Кроме этого используется метод сиалографии и ядерно-магнитный томограф.

**ВОПРОС 6. АЛГОРИТМ ЧТЕНИЯ РЕНТГЕНОГРАММ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ:**

1. Определение анатомической области и проекции, в которой она представлена на рентгенограмме.

2. Изучение окружающих мягких тканей. Обращается внимание на контур кожи, подкожно-жировой слой, мышечные группы

3. Изучение величины и формы костей, степени завершенности процесса развития и формирования скелета.

4. Оценка интенсивности тени кости (в сравнении с мягкими тканями, в зависимости от условий проекции, возраста, от суммации теней).

5. Изучение контуров костей (четкие, ровные, непрерывные). За исключением неровностей в области анатомических выступов и шероховатостей.

6. Анализ структуры костной ткани.

7. При исследовании височно-нижнечелюстных суставов обращается внимание на форму суставных поверхностей костей, суставные взаимоотношения, высоту и протяженность рентгеновской суставной щели

При анализе теней на рентгенограммах челюстно-лицевой области имеют значение следующие моменты:

* локализация и отношение к корням зубов и фолликулам;
* число теней;
* форма;
* размеры;
* характер контуров;
* интенсивность;
* характер структуры.

По локализации патологической тени определяют: характер повреждения челюстей (верхняя или нижняя), анатомическую область (тело, альвеолярная часть, ветвь и т.п.), отношение к кости – внутрикостно или на поверхности (язычной, вестибулярной), отношение тени к корням зубов и фолликулам. Многие патологические процессы имеют излюбленную локализацию. Так, амелобластома наиболее часто располагаются центрально, в области угла и ветви челюсти. Радикулярные и фолликулярные кисты связаны с корнем зуба или с фолликулом. Остеомы чаще располагаются на поверхности кости, одонтомы – внутрикостно. Остеогенная саркома – чаще поражает нижнюю челюсть, хондросаркома – передний отдел верхней челюсти.

Число патологических теней может быть различным. Так, на рентгенограмме в кости может быть одиночная тень или на ограниченном участке выявляется несколько очагов. При хроническом периодонтите у верхушки зуба определяется одиночный участок разрежения, при одонтогенном остеомиелите соответственно причинному зубу может быть несколько очагов разрежения.

Патологические тени могут иметь разную форму, для доброкачественных опухолей и кист характерна форма правильного круга или овала. При злокачественных опухолях тень может быть различной, часто неправильной формы. Для хронического гранулематозного периодонтита характерна правильная округлая тень, а для гранулирующего – обычно неправильной формы. Деструктивные очаги при остеомиелите на разных этапах процесса могут быть округлыми, овальными или неправильной формы. Тень коркового секвестра на нижней челюсти полосовидная, игольчатая, а губчатого в области альвеолярной части – неправильная, реже округлая.

Контуры патологической тени могут быть ровными и неровными, четкими и нечеткими. Четкость характеризует медленное экспансивное течение патологического процесса (киста, амелобластома, остеома, одонтома и т.д.). Контуры в таких случаях не только четкие, но и резкие за счет реактивного ободка уплотнения (остеосклероз). Характер контуров меняется при инфицировании. Так. При нагноении кисты резкость контуров снижается. Утрата резкости, четкости контуров может быть проявлением озлокачествления ранее доброкачественной опухоли.

Характер контуров определяется морфологическими особенностями патологического процесса. Так, при хроническом гранулематозном периодонтите очаг разрежения у верхушки корня имеет четкие, а при гранулирующем периодонтите – нечеткие контуры. При раке слизистой оболочки рта с прорастанием в челюсти контуры очага деструкции неровные, нечеткие. Характер контуров (гладкие, полициклические, неправильной формы) может иметь определенное значение при дифференциальной диагностике. Так, для радикулярной и фолликулярной кист характерен округлый и овальный очаг деструкции с гладкими ровными контурами; при амелобластоме, остео-кластоме отмечаются четкие полициклические контуры очага деструкции неправильной формы.

Интенсивность разрежения обусловлена распространенностью патологического процесса и выраженностью эндостальной реакции сохранившейся костной ткани. При оценке интенсивности уплотнения его сравнивают с интенсивностью коркового слоя или тканей зуба (эмаль, дентин). Интенсивность компактной остеомы соответствует интенсивности коркового слоя, одонтомы – твердых тканей зуба.

Патологическая тень, представленная в виде только уплотнения, называется однородной (гомогенной). При наличии сочетаний разрежений и уплотнений тень считается неоднородной (негомогенной). Так при радикулярных кистах, амелобластомах, остеокластомах, в подострой фазе остеомиелита, прорастании рака слизистой оболочки рта в кость имеет место гомогенное разрежение. У больных с хроническим остеомиелитом при сочетании деструктивных и репаративных процессов, при секвестрации на рентгенограмме видна негомогенная тень. Для остеогенной саркомы, хондросаркомы, фолликулярной кисты характерна неравномерная тень.

По структуре тень может быть многокамерной, ячеистой за счет костных перегородок между отдельными полостями (амелобластома, остеокластома, ретикулосаркома, миксома, внутрикостная гемангиома).

При анализе рентгенограмм следует оценить состояние корней зубов, а у детей – зачатков постоянных зубов.

Патологическая резорбция корней зубов может сопутствовать течению воспалительного процесса и злокачественных опухолей, Резорбция корней имеет место при давлении на них дистопированных зубов. Кисты, доброкачественные опухоли вызывают смещение корней зубов (конвергенция), при этом имеет место дивергенция коронок.

У детей должна быть проведена тщательная оценка состояния зачатков постоянных зубов. При хроническом периодонтите молочных моляров у бифуркации корней воспалительный процесс может вовлекать и стенку фолликула.

Увеличение объема и повышение интенсивности мягких тканей наблюдаются при воспалительных процессах в кости и мягких тканях, новообразованиях мягких тканей или прорастающих в последние из кости.

На фоне мягких тканей могут быть видны участки просветления (при межмышечной эмфиземе после травмы, при абсцессе, свищевых ходах).

Обызвествление прилегающих к кости мягких тканей (паростозы) могут наблюдаться при различных патологических процессах: воспалительных, опухолевых, дистрофических, вследствие травмы.

В стоматологической практике появление дополнительной тени известковой плотности на фоне мягких тканей чаще всего обусловлено конкрементом в слюнных железах и их протоках, обызвествлением в лимфатических узлах, сосудах (ангиолиты, флеболиты при гемангиомах).

# На фоне мягких тканей может быть выявлена дополнительная тень за счет введенного вещества (йодоформ, фосфат-цемент), инородных тел металлической плотности, в том числе стоматологических инструментов (корневые иглы, боры и т.д.).

# ВОПРОС 7. ПОКАЗАНИЯ К ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

# АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА.

Противопоказаниями к консервативному лечению хронического периодонтита являются:

1) острые одонтогенные заболевания челюстно-лицевой области;

2) частые обострения воспаления в периодонте, несмотря на проведенное в полном объеме лечение;

3) отсутствие признаков регенерации тканей в очаге спустя 6—8 месяцев после проведенного лечения и качественной обтурации корневого канала;

4) значительная резорбция костной ткани пародонта при имеющихся глубоких костных карманах, сообщающихся с периапикальным очагом;

5) наличие труднодоступных для обработки каналов при отсутствии возможности консервативно-хирургического лечения периодонтита;

6) хронические заболевания сердца, почек, некоторые системные заболевания (коллагенозы), если деструктивный периодонтит является очагом хронической интоксикации организма.

Консервативно-хирургические методы лечения периодонтита.

Проводятся в 4 этапа.

I. Эндодонтическое лечение проходимых каналов зуба.

II. Хирургическое вмешательство. В зависимости от ряда обстоятельств (анатомия корня и групповая принадлежность зуба, топография области причинного зуба, характер патологического процесса, перспектива использования зуба в качестве опорного при протезировании больного, общее состояние пациента и др.) выбирают один из методов:

1) резекцию верхушки корня;

2) коронорадикулярную сепарацию;

3) гемисекцию и ампутацию корней;

4) реплантацию зубов;

5) компактоостеотомию и кюретаж.

III. Временная стабилизация зубов или оставшихся сегментов. Является мерой профилактики вторичной окклюзионной травмы. Осуществляется после оперативного вмешательства. Выбор метода зависит от применяемого лечения (лигатура, быстротвердеющая пластмасса, интракоронковые балочные шины, ортодонтические аппараты).

IV. Ортопедическое лечение. Как правило, проводится после гемисекции, ампутации корня, коронорадикулярной сепарации и является средством выбора врача-стоматолога (несъемное или съемное протезирование).

*Резекция верхушки корня* — это удаление верхушки корня вместе с прилегающими к ней патологически измененными тканями.

Показания: 1) хронические деструктивные процессы в периодонте, не поддающиеся проведенному в полном объеме эндодонтическому лечению;

2) необходимость сохранить зуб при невозможности качественной консервативной терапии (перфорация корня или отломок инструмента в верхушечной трети, избыточное выведение в периапикальную область пломбировочного, материала, недопломбирование канала вследствие анатомического препятствия мостовидный протез с опорой на причинном зубе);

3) одонтогенные кисты;

4) перелом корня в верхушечной трети.

Противопоказания:

1) острый и обострившийся хронический периодонтит, остеомиелит;

2) близкое расположение верхнечелюстной пазухи и нижнего альвеолярного нерва;

3) снижение высоты межзубных перегородок более чем на 1/2 длины корня;

4) значительное разрушение коронки зуба кариозным процессом;

5) тяжелые соматические заболевания.

*Коронорадикулярная сепарация* — рассечение нижнего моляра в области бифуркации с последующим кюретажем межкорневой области и ортопедическим лечением

Показания: 1) деструктивный воспалительный процесс межкорневой перегородки;

2) перфорация дна полости зуба вследствие кариозного процесса или манипуляций врача.

Противопоказание: значительная убыль межкорневой перегородки, приводящая к функциональной неполноценности оставшихся фрагментов зубов.

*Гемисекция и ампутация корня* — удаление корня вместе с прилегающей к нему частью коронки зуба или удаление корня без коронковой части зуба

Показания: 1) невозможность проведения эндодонтического лечения одного из корней моляров;

2) наличие глубоких внутрикостных карманов у одного из корней или полное его обнажение;

3) кариес цемента и дентина корня;

4) перфорация в области стенки канала или фуркации;

5) невозможность проведения резекции верхушки корня;

6) околокорневые кисты;

7) использование моляра в качестве опоры для мостовидного протеза, когда удаление зуба привело бы к необходимости изготовления съемного протеза.

Противопоказания:

1) значительная убыль костной опоры всех корней зуба;

2) сросшиеся корни;

3) некачественное эндодонтическое лечение каналов корней, подлежащих сохранению;

4) невозможность в последующем несъемного протезирования;

5) острые воспалительные процессы в полости рта и пародонте, плохая гигиена полости рта;

6) тяжелые соматические заболевания.

*Реплантация зуба* — внедрение удаленного зуба в его альвеолу.

Показания: 1) лечение воспалительных процессов в периодонте;

2) осложнения консервативной терапии зубов;

3) полный вывих и ошибочное удаление зуба;

4) аномалии положения зуба;

5) одонтогенные воспалительные заболевания верхнечелюстной пазухи.

Противопоказания: 1) общие заболевания организма, замедляющие процессы заживления;

2) анатомофизиологические особенности корней зубов, влекущие за собой повреждения их во время операции;

3) воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и пародонта;

4) плохая гигиена полости рта.

*Компактоостеотомия с последующим кюретажем околоверхушечных*

*тканей* — создание перфорационного отверстия в кости альвеолярного отростка на уровне проекции верхушки корня, через который проводят кюретаж периапикального очага воспаления с последующим промыванием его антисептическими растворами.

Показание: хронический периодонтит.

Техника проведения оперативного этапа консервативно хирургического лечения изложена в руководствах по хирургической стоматологии.

ВОПРОС 8. ПРОТОКОЛ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

(ЕВРОПЕЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ЭНДОДОНТИСТОВ, 1994Г.)

* Рентгенологическое исследование перед началом лечения (вне зависимости от диагноза);
* Полоскание раствором антисептика до начала лечения;
* Местное обезболивание
* Изоляция операционного поля с помощью коффердама;
* Сошлифовывание ослабленных бугров перед началом лечения;
* Достаточно широкое раскрытие полости зуба;
* Минимальное эндодонтическое расширение корневых каналов до файлов 35 размера;
* Антисептическая обработка гипохлоридом натрия;
* Измерение рабочей длины (снимок с инструментарием и/или апекслокатор);
* Снимок, отражающий качество пломбирования корневых каналов;
* При апикальном периодонтите пломбирование кальцийсодержащими препаратами минимум на 1 неделю, при наличии очагов деструкции - 3-6 месяцев;
* Пломбирование полости зуба (временная или постоянная пломба).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В конце занятия преподаватель отвечает на вопросы студентов, подводит результаты устного собеседования, решения ситуационных и тестовых задач, выполнения мануальных навыков, дает задание на следующее занятие.

**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ**

1. Какой из перечисленных симптомов характерен для хронического апикального периодонтита?

1. Боль при зондировании по дну кариозной полости.
2. Резкая боль от холодного.
3. Свищ на десне.
4. Пульсирующая боль от горячего.
5. Ни один из перечисленных.

2. При каком из перечисленных заболеваний отмечается образование свища?

1. Гнойный пульпит.
2. Некроз пульпы.
3. Острый апикальный периодонтит.
4. Периапикальный абсцесс.

3. Для какого заболевания характерно повышение электровозбудимости пульпы свыше 100 мкА?

1. Острый пульпит.
2. Хронический пульпит.
3. Хронический апикальный периодонтит.
4. Гнойный пульпит.

6. Какой из перечисленных симптомов характерен для хронического периапикального абсцесса?

1. Свищ на десне.
2. Боль от термических раздражителей.
3. Пульсирующая постоянная боль при накусывании на зуб.

7. Какое анатомическое образование может имитировать рентгенологическую картину хронического апикального периодонтита в области фронтального участка верхней челюсти на дентальной рентгенограмме?

1. Решетчатая кость.
2. Резцовый канал.
3. Скуловая дуга.
4. Подглазничное отверстие.

8. Какое анатомическое образование может имитировать рентгенологическую картину хронического апикального периодонтита в боковом участке верхней челюсти на дентальной рентгенограмме?

1. Полость носа.
2. Передняя черепная ямка.
3. Верхнечелюстная пазуха.
4. Шейный отдел позвоночника.

9. Какое анатомическое образование может имитировать рентгенологическую картину хронического апикального периодонтита в области премоляров нижней челюсти на дентальной рентгенограмме?

1. Мыщелковый отросток нижней челюсти.
2. Ментальное отверстие.
3. Резцовое отверстие.
4. Сосцевидный отросток.
5. В и D.

10. Какой рентгенологический признак характерен для хронического апикаль¬ ного периодонтита?

1. Очаг остеопороза в костной ткани.
2. Очаг остеосклероза в костной ткани.
3. Очаг деструкции костной ткани.
4. Рентгенологических проявлений нет.

11. Какой рентгенологический признак характерен для хронического периапикального абсцесса?

1. Очаг деструкции костной ткани.
2. Очаг остеосклероза в костной ткани.
3. Очаг остеопороза в костной ткани.

12. Какой рентгенологический признак характерен для радикулярной кисты?

1. Очаг деструкции костной ткани.
2. Очаг остеосклероза.
3. Изменение структуры губчатого вещества без деструкции
4. Изменения не определяются.

13. По каким признакам можно отличить на дентальной рентгенограмме радикулярную кисту от хронического апикального периодонтита?

1. Размер очага.
2. Четкость контуров.
3. Количество вовлеченных зубов.
4. Отличить невозможно.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**.

1. Больная С. 22 лет, жалуется на неприятные ощущения (тяжесть, распирание) в области зуба на нижней челюсти справа, незначительную болезненность при накусывании. При осмотре: на десне в области 44 зуба – свищ с гнойным отделяемым. На слизистой оболочке у зуба отмечается гиперемия. Надавливание на этот участок десны тупым концом инструмента приводит к появлению углубления, которое исчезает не сразу. Пальпация десны и перкуссия зуба болезненны. Рентгенологически обнаруживается очаг разрежения костной ткани в области верхушки корня с нечеткими контурами в виде пламени свечи. Поставьте диагноз и составьте план лечения.
2. Пациентка Р. 45 лет, обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на боли в области зуба на верхней челюсти слева. Боли появились внезапно, 2 дня назад. Зуб ранее лечили по поводу хронического пульпита. Объективно: умеренный отек мягких тканей в области 26 зуба, открывание рта свободное, 26 зуб под пломбой, перкуссия резко болезненна. Поставьте клинический диагноз. Какие дополнительные методы исследования смогут помочь вам в его постановке?
3. Пациент М. предъявляет жалобы на кариозную полость в зубе на верхней челюсти. Объективно: глубокая кариозная полость пришеечной области 26 зуба сообщается с полостью зуба. Перкуссия безболезненна. На вестибулярной поверхности альвеолярного отростка функционирующий свищевой ход. На рентгенограмме в области верхушек корней 26 зуба очаги деструкции без четких контуров. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.
4. Опишите рентгенограмму:



Зав. кафедрой терапевтической

стоматологии с курсом ФПК и ПК, доц. Чернявский Ю.П.