

Методические рекомендации для студентов
Занятие 9 (7 семестр).

Тема: Лечение острых и хронических форм апикального периодонтита.

Общее время занятия – 135 минут

Мотивационная характеристика темы.

На сегодняшний день среди проблем современной стоматологии одно из важных мест занимает лечение острых и хронических форм апикального периодонтита. Многочисленные ученые и практикующие доктора отмечают медицинскую и социальную значимость рассматриваемой проблемы (Кукушкин В.Л., 2014; Куратов И.А. и соавт., 2015; Блашкова С.Л. и соавт., 2015; Лукина Г.И. и соавт., 2016; Шашмурина В.Р. соавт., 2018). Осложнения, возникающие при хронических заболеваниях тканей периодонта, в том числе при хроническом апикальном периодонтите, могут привести к длительной нетрудоспособности человека, ухудшая качество жизни больного.

В структуре стоматологических заболеваний хронический апикальный периодонтит является наиболее частым осложнением кариеса зубов и достигает до 50% обращений в возрастной группе от 34-47 лет, так же воспалительный процесс в периодонте у лиц старше 50 лет является причиной удаления зубов более чем в 50% случаев (Кукушкин В.Л., 2014; Куратов И.А. и соавт., 2015; Лукина Г.И. и соавт., 2016; Шашмурина В.Р. и соавт., 2018; Gbadebo S.O. et al., 2014; Yang N.-Y. et al., 2018).

Наибольшую потенциальную опасность для организма человека представляют деструктивные формы хронического апикального периодонтита, поскольку длительное воспаление тканей периодонта является наиболее частой причиной потери зубов и формирования очагов одонтогенной инфекции, что может привести к возникновению воспалительных заболеваний челюстнолицевой области (Герасимова Л.П. и соавт., 2014; Триголос Н.Н. и соавт., 2015; Шайымбетова А.Р., 2017; Шашмурина В.Р. и соавт., 2018).

Так же, при периодонтите наблюдается сенсбилизация организма, изменение иммунологической реактивности с формированием вторичного иммунодефицита, нарушение состояния местного иммунитета, что оказывает значительное влияние на течение патологического процесса, эффективность проводимой терапии и результаты лечения, а также на риск развития осложнений и рецидива заболевания (Блашкова С.Л. и соавт., 2015; Триголос Н.Н. и соавт., 2015; Голдобин Д.Д. и соавт., 2017; Metzger Z. Et al., 2013; Sullivan M. et al., 2016; Jakovljevic A. et al., 2015; Yang N.-Y. et al., 2018).

Несмотря на многочисленные исследования, проблема лечения апикального периодонтита остается актуальной, что обусловлено распространенностью заболевания, достаточно высокой частотой обострений, как в ранние, так и отдаленные сроки наблюдения.

Вышеизложенное обосновывает непрекращающийся поиск эффективных методов диагностики и лечения апикального периодонтита, которые были бы, с одной стороны, направлены на максимальное сохранение зуба, а с другой – на радикальное устранение очага инфекции.

Для оказания квалифицированной медицинской помощи при лечении апикального периодонтита и во избежание возможных осложнений необходимо владеть знаниями и навыками для обследования пациента, постановки правильного диагноза, проведения дифференциальной диагностики и определения оптимального метода лечения согласно клиническим протоколам постановления МЗ РБ № 4 от 11 января 2023г. «Об утверждении клинических протоколов».

Цель занятия: повторить клинику, диагностику и дифференциальную диагностику острых и хронических форм апикального периодонтита и изучить лечение данной патологии.

Задачи занятия:

1. Изучить методы лечения острых и хронических форм апикального периодонтита .
2. Определить критерии оценки качества лечения.

Требования к исходному уровню знаний:

1. Владеть основными и дополнительными методами обследования пациента с болезнями периапикальных тканей.
2. Знать клиническую и рентгенологическую картину острых и хронических форм апикального периодонтита.
3. Уметь проводить дифференциальную диагностику различных форм апикального периодонтита.
4. Знать, какие материалы используются для постоянной и временной obturации корневых каналов.

5. Знать какие инструменты и растворы применяются при инструментальной и медикаментозной обработке корневых каналов.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Хирургическое лечение апикального периодонтита.
2. Ортопедическое лечение зубов ранее леченых эндодонтически.
3. АБ и НПВС применяемые в стоматологической практике.
4. Анестетики применяемые в стоматологии.
5. Топографическая анатомия полости зуба и корневых каналов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация болезней пульпы и периапикальных тканей (МКБ-10, 1997).
2. Клинические проявления острых и хронических форм апикального периодонтита.
3. Методы диагностики (основные и дополнительные) апикального периодонтита.
4. Рентгенологические признаки острого и хронического апикального периодонтита.
5. Дифференциальная диагностика апикального периодонтита.
6. Лечение острых и хронических форм апикального периодонтита.
7. Оценка качества проведенного лечения.

Задание для самостоятельной работы студентов: реферирование статей по теме занятия в научной периодической литературе, изданной в Республике Беларусь и за рубежом; изучение современных клинических протоколов постановления МЗ РБ №4 от 11 января 2023г. «Об утверждении клинических протоколов».

Краткое содержание учебного материала.

По Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (1997) выделяют:

- К04 Болезни пульпы и периапикальных тканей:
- К04.4 Острый апикальный периодонтит;
- К04.5 Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема);
- К04.6 Периапикальный абсцесс со свищем;
- К04.7 Периапикальный абсцесс без свища;
- К04.8 Корневая киста;
- К04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей.

Апикальный периодонтит – воспалительный процесс околоверхушечных тканей зуба инфекционной, токсической, аллергической или травматической этиологии, сопровождающийся гибелью пульпы и деструкцией костной ткани.

Причиной развития деструктивных форм периодонтита в подавляющем большинстве случаев является поступление инфицированного и токсического содержимого корневых каналов в ткани периодонта, что приводит к запуску реакций на клеточном, иммунном, микроциркуляторном уровнях, где результатом является деструкция периапикальных тканей.

Основным источником инфекции при развитии апикального периодонтита являются патогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, происходящие из системы корневых каналов. Также имеют значение продукты распада пульпы и дентина из корневого канала или париапикального кармана.

Наиболее часто при этом высеваются облигатные анаэробы (в том числе бактероиды), грамположительные палочки, стрептококки, энтерококки, кишечные палочки, микрококки, лактобациллы, грибы рода *Candida*, нейссерии и бактерии рода *Vellionella* (Горбунова И.Л. и соавт., 2015; Mallick R. et al., 2014). Эти микроорганизмы обнаруживаются во всех частях системы корневого канала, в том числе в боковых каналах, анастомозах, и дентинных канальцах в глубине до 300 микрон со стороны пульпы (Караков К.Г. и соавт., 2015).

Сложная структура системы корневых каналов способствует росту и размножению патогенных микроорганизмов, существенно осложняя проведение инструментальной и медикаментозной обработки, в результате даже после проведенного клинически эффективного эндодонтического лечения возможно присутствие остатков патогенной микрофлоры.

Учитывая, что патогенные микроорганизмы в системе корневых каналов недоступны действию системных antimicrobных препаратов, механизмам иммунной защиты, необходимость своевременного эндодонтического лечения не вызывает сомнения (Герасимова Л.П. и соавт., 2014).

Эндодонтическое лечение апикального периодонтита направлено на санацию корневых каналов, удаление патогенной микрофлоры, активацию процессов регенерации в периапикальной области и качественную obturацию для предупреждения реинфекции системы корневых каналов и тканей периодонта.

Важным при лечении хронического апикального периодонтита является использование современных методов рентгенологической визуализации, которые позволяют определить состояние периапикальных тканей, наличие и выраженность их повреждения, провести дифференциальную диагностику, оценить качество эндодонтического лечения, степень obturации корневых каналов, динамику и прогноз заболевания.

Лечение острого апикального периодонтита

- Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с острым апикальным периодонтитом включают:
- гигиенические мероприятия (профессиональное удаление зубных отложений в области причинного зуба или секстанта);
 - обезболивание по медицинским показаниям;
 - при первичном приеме проводят эндодонтическое лечение с применением для пломбирования корневых каналов материалов для временной obturации с антисептическими и противовоспалительными свойствами (пломбирование материалами для временной obturации на основе гидроксида кальция проводится на срок от 2 до 4 недель); полость зуба закрывают пломбой;
 - при повторном приеме проводят пломбирование корневых каналов материалами для постоянной obturации;
 - рентгенологический контроль;
 - восстановление коронковой части зуба пломбой или ортопедической конструкцией

При продолжительной экссудации из корневого канала зуб для создания оттока оставляют открытым на 24–48 часов с последующим пломбированием корневых каналов материалами для временной obturации с антисептическими и противовоспалительными свойствами; при некупируемом болевом синдроме и недостаточном оттоке экссудата по корневному каналу проводят хирургическое лечение острого апикального периодонтита -периостотомия и компактостеотомия наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка в области корня зуба или удаление зуба.

Лечение хронического верхушечного периодонтита

В настоящее время подавляющее большинство клиницистов относят хронический периодонтит к инфекционным очагам. Поэтому выбор метода лечения при хроническом периодонтите будет зависеть от степени выраженности местных проявлений (размер деструкции околоверхушечных тканей) и наличия очагов, обусловленных состоянием пациента (септический эндокардит, нефрит, ревматизм и др.).

Среди многочисленных методов лечения хронического периодонтита можно выделить консервативные, консервативнохирургические и хирургические.

Консервативные (терапевтические) методы

При лечении хронического периодонтита перед врачом стоят следующие задачи: воздействие на микрофлору корневых макро- и микроканалов; снятие воспаления в периодонте; способствование регенерации компонентов периодонта; десенсибилизация организма больного.

Полная проходимость корневого канала необходима для успешного медикаментозного лечения хронического периодонтита. Только в этом случае удастся полностью запломбировать корневой канал и исключить его как источник разнообразных раздражителей, поддерживающих воспалительный процесс в периодонте. Кроме того, только через корневой канал можно активно воздействовать на воспалительный процесс в околоверхушечных тканях. Поскольку каналы резцов, клыков и отчасти малых коренных зубов в большинстве случаев доступны для обработки, можно считать, что проблема лечения периодонтита в однокорневых зубах в основном решается достаточно легко. Лечение сводится к удалению распада пульпы, воздействию на микрофлору канала различными лекарственными средствами, механическому расширению канала, воздействию на околоверхушечные ткани лекарственными веществами и пломбированию корневого канала зуба.

Консервативно-хирургические методы

Методы консервативного лечения периодонтита достаточно хорошо разработаны. Однако с их помощью не всегда можно добиться излечения. В этих случаях используют консервативно-хирургические методы лечения.

Они позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба с последующим протезированием.

Выделяют следующие методы консервативно-хирургического лечения периодонтита: резекцию верхушки корня, коронорадикулярную сепарацию, гемисекцию, ампутацию корня, реплантацию зубов.

На первом этапе проведения этих методов во всех проходимых каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

Хирургические методы

Хирургический метод лечения в виде удаления зубов при хроническом периодонтите долгое время оставался основным способом устранения хронического очага в периодонте. В последнее время хирургический метод лечения уступил место консервативным и консервативно-хирургическим и применяется лишь в тех случаях, когда другие методы оказываются неэффективными. Удаление зуба показано при острых одонтогенных воспалительных процессах, которые не поддаются эндодонтическому лечению, при сопутствующих заболеваниях, которые резко снижают иммунологическую реактивность организма, а также при репаративных процессах в периодонте.

Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим апикальным периодонтитом включают:

- гигиенические мероприятия;
- обезболивание по медицинским показаниям;
- эндодонтическое лечение с применением для пломбирования корневых каналов материалов для постоянной obturации;
- рентгенологический контроль;
- восстановление коронковой части зуба пломбой или ортопедической конструкцией

В зависимости от клинической ситуации и возможностей врача, возможно лечение в несколько посещений с использованием материалов для временной obturации корневых каналов с последующим пломбированием каналов материалами для постоянной obturации.

Для оценки эндодонтического лечения проводят клиническое и рентгенологическое обследование пролеченного зуба в течение двух лет после завершения терапевтического лечения с использованием лучевых методов исследования 1 раз в 12 месяцев.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Критериями клинической оценки результатов эндодонтического лечения являются:

- Оценка болевой чувствительности зуба: отсутствие боли; самопроизвольная боль; ноющая боль; боль при накусывании на зуб.
- Оценка состояния слизистой оболочки: нормальная слизистая оболочка; наличие гиперемии; наличие отека; наличие свищевого хода;
- Оценка подвижности зуба: отсутствие патологической подвижности; патологическая подвижность I степени; патологическая подвижность II степени; патологическая подвижность III степени.
- Оценка перкуссии зуба: перкуссия безболезненная; неприятные ощущения при перкуссии; резко болезненная перкуссия.
- Оценка пальпации слизистой оболочки и альвеолярного отростка: пальпация безболезненная; болезненна в области проекции корня зуба; определяется флюктуация; определяется положительный симптом вазопареза; определяется положительный симптом "пергаментного хруста".

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Критериями рентгенологической оценки результатов эндодонтического лечения служат:

- Оценка состояния тканей периодонта:
 - интактная периодонтальная щель;
 - расширение периодонтальной щели.
- Рентгенологические признаки восстановления костной ткани:
 - уменьшение очага деструкции;
 - отсутствие рентгенологических признаков восстановления;
 - увеличения очага деструкции в костной ткани.
- Определение сохранности пломбировочного материала в корневом канале:
 - равномерная рентгенологическая тень пломбировочного материала в канале;
 - наличие пустот в структуре пломбировочного материала, а также между материалом и стенкой корневого канала.

На всех этапах эндодонтического лечения рентгенологическому исследованию отводится важная роль, так как оно помогает визуализировать состояние корневого канала, периапикальные изменения, контролировать характер лечебных мероприятий и отдаленные результаты лечения в динамике.

В процессе лечения на разных его этапах делают несколько контрольных рентгенограмм: диагностическую; измерительную для определения рабочей длины зуба; повторную измерительную на этапе препарирования канала; после временной obturации канала; при введении главного штифта; для контроля качества obturации канала; в отдаленные сроки после окончания лечения для оценки его результатов.

Обязательными следует считать три рентгеновских снимка — "диагностический", "измерительный" и "контроль качества obturации корневого канала".

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Результаты завершеного эндодонтического лечения оценивают следующим образом: "успешное лечение"; "неуспешное лечение"; "неудачное лечение".

"Успешное лечение" включает следующие критерии:

- снятие болевых ощущений, если они имелись;
- отсутствие изменений в тканях, окружающих верхушку корня, после пломбирования корневых каналов;
- отсутствие обострения воспалительного процесса;
- отсутствие свища и симптома вазопареза;
- отсутствие чувствительности при перкуссии;
- отсутствие патологической подвижности;
- сохранение функции зуба;
- нормальная толщина периодонтальной щели (до 1 мм);
- целостная компактная пластинка альвеолы зуба;
- отсутствие резорбции;
- редукция деструктивного периапикального процесса: на 1/3; от 1/3 до 1/2; более чем на 1/2; полное восстановление периапикальной ткани с формированием кортикальной пластинки;
- сохранение плотного трехмерного obturирования корневого канала в установленных границах;
- отсутствие краевой щели, признаков рассасывания корневой пломбы.

"Неуспешное лечение" характеризуется отсутствием клинических симптомов при рентгенологически сохранившейся исходной патологии верхушечного периодонта или незначительном ее уменьшении:

- расширение периодонтальной щели (до 2 мм);
- отсутствие или недостаточное восстановление костной ткани;
- нарушение целостности компактной пластинки;
- стабилизация или сомнительные признаки прогрессирующей резорбции;
- пустоты в корневой пломбе, особенно в апикальной трети канала;
- значительное выведение пломбировочного материала за верхушку корня.

Процесс восстановления периапикальных тканей может затягиваться из-за общего неудовлетворительного состояния организма пациента.

При неуспешном лечении рекомендуется продолжать наблюдение больного, и если через 4 года не произойдет полного выздоровления, то результат лечения должен быть расценен как "неудачный".

"Неудачное лечение" характеризуется появлением изменений в верхушечном периодонте, которых раньше не было, или увеличением предлечебного очага:

- расширение периодонтальной щели более чем на 2 мм;
- окончательное рентгенологическое подтверждение прогрессирующей резорбции;
- увеличение размера очага деструкции костной ткани; отсутствие признаков образования новой компактной пластинки;
- появление новых очагов деструкции костной ткани, включая боковые отделы корня;
- отсутствие пломбировочного материала в корневом канале;
- чрезмерное выведение пломбировочного материала за анатомическую верхушку корня с пустой апикальной третью канала.

Литература

1. Горячев Н.А. Консервативная эндодонтия: Практ. руководство. — Казань: Медицина, 2002.—140с.
2. Возрастные особенности распространенности хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции у взрослых людей / А.К.Иорданишвили, А.Г. Слугина, Д.В. Балин, А.А. Сериков // Курский научнопрактический вестник "Человек и его здоровье. - 2015. - № 2. - С. 23-28.
3. Оптимизация терапии деструктивных форм хронического апикального периодонтита / О.А. Павлович, Л.А. Скорикова, Н.П. Баженова, Н.В. Лапина // Russian Journal of Dentistry. - 2017. — Т. 21, № 2. - С. 85-89.
4. Клинический опыт терапии хронического апикального периодонтита / В.Р. Шашмурина, И.В. Купреева, Л.И. Девликанова [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. — 2018. - Т. 17, № 1. - С.160-166.
5. Metzger, Z. Apical periodontitis / Z. Metzger, I. Abramovitz, G. Bergholtz // Textbook of Endodontology. - 2nd ed. - West Sussex: John Wiley & Sons, 2013. - P. 113-27.
6. Диагностика и комплексное лечение хронического апикального периодонтита в стадии обострения / Л.П. Герасимова, С.М. Алетдинова // Эндодонтия today. - 2014. - № 1. - С. 6-9.
7. ПЕРИОДОНТИТ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. // Учеб. пособие / В.А. Кожокеева, К.Б. Куттубаева, С.М. Эргешов и др. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 102 с.

Входные тесты

1. Каким образом следует лечить пациента с аллергией на латекс?

- а) без коффердама;
- б) используя коффердам, если он не находится в прямом контакте с кожей;
- в) используя безлатексный коффердам.

2. В чем заключается преимущество никель-титановых эндодонтических инструментов перед инструментами из нержавеющей стали?

- а) более низкая цена;
- б) большая острота;
- в) более универсальная форма;
- д) большая гибкость.

3. В каких зубах чаще всего встречаются каналы С-образной формы?

- а) верхние первые премоляры;
- б) верхние первые моляры;
- в) нижние первые премоляры;
- г) нижние первые моляры.

4. Какова основная причина использования силеров и цементов?

- а) достижение герметичного пломбирования;
- б) смазывание основного штифта;
- в) адгезия к дентину;
- г) все перечисленное верно.

5. По какой причине умеренное выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба является нежелательным?

- а) более вероятен послеоперационный дискомфорт;
- б) силеры и гуттаперча могут вызвать сильную воспалительную реакцию в периапикальных тканях;
- в) ухудшается прогноз;
- г) все перечисленное верно.

Обучающие тесты

1. Каков наиболее значительный путь для попадания бактерий в пульпу зуба?
- а) из общего кровотока, механизмом «анакореза» (скопление клеток крови в тканях):
 - б) из полости рта через кариозную полость**
 - в) через десневую борозду
2. Что из перечисленного характеризует острый верхушечный периодонтит?
- а) скопление нейтрофилов при отсутствии дефекта:**
 - б) скопление грануляционной ткани внутри дефекта:
 - в) скопление лимфоцитов, плазматических клеток и макрофагов внутри дефекта
3. Какова наиболее вероятная причина выведения верхушку значительного количества материала?
- а) отсутствие апикального упора или барьера;**
 - б) использование избыточного количества силера:
 - в) приложение чрезмерного давления при уплотнении материала спредером;
 - г) использование основного штифта слишком маленького размера
4. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:
- а) стафилококки
 - б) стрептококки**
 - в) вейлонеллы
 - г) лактобактерии
5. Чувство «выросшего» зуба связано с:
- а) разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон
 - б) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта**
 - в) гиперемией и отеком десны
 - г) избыточной нагрузкой на зуб
 - д) температурным воздействием на зуб
6. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется:
- а) топографией полости зуба**
 - б) размером кариозной полости
 - в) выбором пломбирочного материала для корневой пломбы
 - г) выбором методики обработки корневого канала
7. Постоянная сильная боль, «чувство выросшего зуба» характеризует:
- а) обострение хронического гангренозного пульпита
 - б) острый периодонтит в фазе интоксикации
 - в) острый периодонтит в фазе экссудации**
 - г) хронический фиброзный пульпит
8. Для медикаментозной обработки каналов (промывания) чаще всего используются:
- а) гипохлорит натрия 3%**
 - б) 3% раствор перекиси водорода
 - в) 12% раствор перекиси карбамида
 - г) гипохлорит натрия 1%
9. На выбор метода лечения хронического периодонтита практически не оказывает влияние:
- а) проходимость корневого канала
 - б) размер очага периапикальной деструкции
 - в) одно- или многокорневой зуб
 - г) возраст и пол пациента**
10. Расположить этапы эндодонтического лечения в правильной последовательности:
- 1-Определение устьев канала
 - 2-Определение рабочей длины
 - 3-Наложение раббердама
 - 4-Медикаментозная обработка, высушивание канала
 - 5-Инструментальная обработка канала
 - 6-Анестезия
 - 7-Прохождение корневого канала
 - 8-Создание полости доступа
 - 9-Полное пломбирование канала
- 6, 8, 3, 1, 7, 2, 5, 4, 9**

Контролирующие тесты

1. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:

- а) канал запломбирован не полностью
- б) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- в) канал запломбирован полностью**
- г) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
- д) канал запломбирован с избыточным выведением¹ пломбировочного материала за верхушку корня

2. Минимальные сроки восстановления костной ткани (месяцы):

- а) 6-9**
- б) 9-12
- в) 12-18
- г) 3-6

3. Боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица характерно для:

- а) обострение хронического гангренозного пульпита
- б) острый периодонтит в фазе интоксикации
- в) острый периодонтит в фазе экссудации
- г) хронический фиброзный пульпит
- д) периостит, подслизистый абсцесс**

4. Антисептические пасты для временного пломбирования каналов содержат:

- а) эвгенол
- б) формалин
- в) гидроокись кальция**
- г) эпоксидные смолы

5. Медикаментозная обработка корневых каналов наиболее эффективна при сочетании:

- а) антибиотиков и протеолитических ферментов
- б) иодосодержащих препаратов и лизоцима
- в) гипохлорита натрия и ЭДТА**
- г) хлорамина и перекиси водорода

6. Целью лечения хронического деструктивного верхушечного периодонтита является:

- а) сохранение зуба
- б) устранение очага одонтогенной инфекции**
- в) прохождение корневого канала
- г) воздействие на микрофлору корневых каналов
- д) пломбирование корневого канала

7. Для медикаментозной обработки корневого канала используют раствор гипохлорита натрия в концентрации:

- а) 2-3%
- б) 3-5%**
- в) 5-6%
- г) 6-8%

8. Наиболее обсемененной микробами частью корневого канала независимо от формы хронического периодонтита является:

- а) устье канала**
- б) средняя часть канала
- в) верхушечная часть канала
- г) обсеменение равномерно по всей длине канала

9. Причины острого травматического периодонтита

- а) ушиб зуба**
- б) недопломбирование канала
- в) передозировка девитализирующей пастой
- г) все ответы верны

10. Острый периодонтит реже наблюдается у:

- а) детей;
- б) подростков;
- в) молодых людей;
- г) пожилых людей**

Задачи

Задача 1. Пациент 3. 25 лет обратился в клинику с жалобами на неприятные ощущения при накусывании на 2.5 зуб. Общее состояние удовлетворительное. Из анамнеза: зуб ранее лечен эндодонтически 6 лет назад. Объективно: 2.5 зуб—на жевательной и контактных поверхностях пломба. Перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка в проекции верхушки корня 2.5 зуба без воспалительных явлений, безболезненна при пальпации. На внутриротовой контактной рентгенограмме у верхушки корня 2.5 зуба выявлен очаг деструкции костной ткани с четкими контурами, размером 2×3 мм. Корневые каналы запломбированы на $\frac{2}{3}$ длины плотно. Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
3. Назовите основные этапы эндодонтического лечения.
3. Назовите пломбировочные материалы для временного пломбирования корневых каналов.

1. Хронический апикальный периодонтит (K04.5).

2. Создание эндодонтического доступа, вскрытие и раскрытие полости зуба, нахождение и расширение устьев корневых каналов, определение рабочей длины корневых каналов, инструментальная обработка, ирригация, высушивание, obturation корневых каналов до физиологической верхушки зуба.

4. Пломбировочные материалы на основе гидроокиси кальция и йодоформа (Метапекс, Апексдент, Метапаста...)

Задача 2. Пациент, 66 лет. Жалобы на самопроизвольную, пульсирующую боль в зубе 35 зубе, которая усиливается при приеме горячей пищи и накусывании и иррадирует в левую височную область, а также появление ощущения "удлинения зуба". Зубная боль появились около недели назад и изначально была слабоинтенсивной; к стоматологу не обращался. При осмотре: лицо симметричное; в левой подчелюстной области определяются увеличенные болезненные лимфоузлы. Слизистая оболочка полости рта в области зуба 35 зуба отечна, гиперемирована. На МОД-поверхности зуба 35 имеется глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи и разрушенной дентина. Зондирование кариозной полости безболезненно. Перкуссия зуба 35 резко болезненна. Определяется подвижность зуба 35.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?
3. Тактика лечения.

1. Острый апикальный периодонтит

2. ЭОД, рентгенограмма, термопроба

3. После проведения дополнительных методов диагностики определить возможность консервативного лечения. Если принято решение о сохранении зуба, проводят эндодонтическое лечение с последующим ортопедическим восстановлением коронковой части зуба.

Задача 3. Пациент 3. 32 года обратился к врачу-стоматологу с целью профилактического осмотра. Жалоб нет. При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: на 2.3 зубе состоятельная пломба по 3 классу, зуб изменен в цвете. Перкуссия его безболезненна. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На рентгенограмме: у верхушки корня 2.3 зуба отмечается очаг разрежения костной ткани с четкими контурами, 3 мм в диаметре. Канал зуба не запломбирован. ЭОД 2.3 зуба – более 100мА.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.

1. Хронический апикальный периодонтит

2. Дифференциальный диагноз хронического апикального периодонтита проводят с кариесом дентина, хроническим пульпитом, некрозом пульпы, периапикальным абсцессом с полостью.

3. На первом этапе необходимо провести эндодонтическое лечение 2.3 зуба. Динамическое наблюдение в течение 6-8 месяцев (если околоворхушечный очаг не ликвидируется, выполняют резекцию верхушки корня с ретроградным пломбированием канала). Внутриканальное отбеливание с заменой реставрации.