**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

ФИО больного:

Возраст: 19 лет.

Образование: среднее.

Профессия: студент.

Семейное положение: не женат.

Место жительства:

Дата обращения на кафедру: 20 декабря 2004 года.

Окончательный диагноз: обострение хронического гранулематозного периодонтита (periodontitis chronoca granulematosa exacerbata).

## ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО

Больной жалуется на постоянную острую локализованную боль, усиливающуюся при накусывании и прикосновении к зубу, чувство «выросшего зуба». Больной точно определяет пораженный зуб. Больной также жалуется на недомогание, головную боль, плохой сон, повышенную температуру.

## АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

При сборе анамнеза установлено, что обострения заболевания были и ранее. Боли были острые локализованные, усиливающиеся при накусывании и прикосновении к зубу. Также наблюдались недомогание и головная боль. В поликлинику больной не обращался.

## ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное.

Кожа обычной окраски, эластичность нормальная, сухости, сыпи, расчесов, кровоизлияний на коже не выявлено.

Конституциональный тип по нормостеническому типу. Рост 175 см, вес 80 кг, температура тела 36,9 С.

Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, умеренная.

Со слов больного состояние по органам в норме.

Лимфатические узлы поднижнечелюстной области справа и слева определяются при пальпации. Размер лимфоузлов 1 см в диаметре, консистенция плотная. Лимфоузлы подвижны, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны. Подподбородочные, шейные, околоушные, предушные, затылочные лимфатические узлы при пальпации не определяются.

Конфигурация лица не изменена. Кожа нормальной окраски, шелушения, сухости, припухлостей нет. Больной держит рот полуоткрытым.

## ОБЩИЙ ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Красная кайма губ без патологических изменений, губы достаточно увлажнены, сухости, эрозий, трещин, корок нет.

## ОСМОТР ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА

При внутриротовом осмотре преддверия полости рта – слизистая оболочка щек бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. Отечности, нарушения целостности не выявлено. Уздечки верхней и нижней губы достаточно выражены.

Десна бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Десневые сосочки бледно-розового цвета, нормальных размеров, без нарушения целостности. При надавливании инструментом отпечаток быстро исчезает.

Тонус жевательных и мимических мышц в норме.

Слизистая оболочка переходной складки и альвеолярного отростка язычной поверхности в области пораженного и смежных зубов отечна, гиперемирована.

## ИССЛЕДОВАНИЕ СОБСТВЕННО ПОЛОСТИ РТА

Слизистая оболочка переходной складки и альвеолярного отростка язычной поверхности в области пораженного и смежных зубов отечна, гиперемирована.

Остальные участки слизистой оболочки губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета, нормально увлажнены, без патологических изменений, отечности не наблюдается.

Язык нормальных размеров, слизистая оболочка языка бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. Спинка языка чистая, десквамаций, трещин, язв нет. Болезненности, жжения, отечности языка не выявляется.

Состояние фолликулярного аппарата языка без патологических изменений.

Зев бледно-розового цвета, нормально увлажнен, без отеков.

Миндалины не увеличены, гнойных пробок в лакунах не выявлено, налета нет.

## ОСМОТР ЗУБНЫХ РЯДОВ

Прикус по ортогнатическому типу.

Цвет зубов - белый. Аномалий формы, положения и величины зубов не обнаружено. Некариозные поражения зубов (гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект, стирание) отсутствуют.

В области 31 32 41 22 имеется наддесневой зубной камень светло-коричневого цвета, плотной консистенции. В пришеечной области 16, 15, 13, 23, 24, 25, 26 имеется мягкий зубной налет желтоватого цвета.

Пораженный 45 зуб патологически подвижен. Подвижности остальных зубов не наблюдается.

Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной – 2,0

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| о |  | п |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | п | п | о |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| о |  | п | к |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | о |

## ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗУБА

При осмотре 45 зуба на его жевательной поверхности обнаружена глубокая кариозная полость. Дисколорит эмали и дентина. Имеется широкое сообщение кариозной полости с полостью зуба. Зондирование кариозной полости и полости зуба безболезненно. Перкуссия резко болезненная как в горизонтальном, так и в вертикальном направлениях. Наблюдается патологическая подвижность зуба II степени.

Состояние слизистой оболочки вокруг зуба: слизистая оболочка переходной складки и альвеолярного отростка язычной поверхности в области пораженного и смежных зубов отечна, гиперемирована. Симптом вазопареза положительный. Наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, пальпация переходной складки болезненна.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На температурные раздражители реакции нет. Электровозбудимость – 100 мкА.

Данные рентгенографии: кариозная полость расположена на жевательной поверхности зуба, широко сообщается с полостью зуба, корневые каналы достаточно проходимы, обнаруживается расширение периодонтальной щели, деструкция компактной пластинки периодонта, деструктивные нарушения костной ткани в области верхушки корня.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Обострение хронического гранулематозного периодонтита 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.

*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 меж­зубных 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

2-6мкА;

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

*Обострившиеся формы хронического верхушечного периодон­тита следует дифференцировать с невралгией тройничного н*ерва, 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.

*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.

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Диагноз – обострение хронического гранулематозного периодонтита (periodontitis chronoca granulematosa exacerbata).

Диагноз поставлен на основании клинической картины, данных анамнеза, жалобах больного, основных и дополнительных методов исследования.

Жалобы больного: постоянная острая локализованная боль, усиливающуяся при накусывании и прикосновении к зубу, чувство «выросшего зуба». Больной точно определяет пораженный зуб. Больной также жалуется на недомогание, головную боль, плохой сон, повышенную температуру.

Из анамнеза заболевания выявлено, что обострения заболевания были и ранее. Боли были острые локализованные, усиливающиеся при накусывании и прикосновении к зубу. Также наблюдались недомогание и головная боль. В поликлинику больной не обращался.

Объективно на жевательной поверхности зуба обнаружена глубокая кариозная полость, цвет зуба имеет сероватый оттенок, имеется широкое сообщение кариозной полости с полостью зуба. Зондирование кариозной полости и полости зуба безболезненно. Перкуссия резко болезненная как в горизонтальном, так и в вертикальном направлениях. Наблюдается патологическая подвижность зуба II степени.

Состояние слизистой оболочки вокруг зуба: слизистая оболочка переходной складки и альвеолярного отростка язычной поверхности в области пораженного и смежных зубов отечна, гиперемирована. Симптом вазопареза положительный. Наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, пальпация переходной складки болезненна.

Дополнительные методы исследования: на температурные раздражители реакции нет. Электровозбудимость – 100 мкА. Данные рентгенографии: кариозная полость расположена на жевательной поверхности зуба, широко сообщается с полостью зуба, корневые каналы достаточно проходимы, обнаруживается расширение периодонтальной щели, деструкция компактной пластинки периодонта, деструктивные нарушения костной ткани в области верхушки корня.

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Этиология.

По происхождению верхушечный периодонтит может быть:

1) инфекционный,

2) травматический,

3) медикаментозный.

Инфекционный верхушечный периодонтит чаще возникает при попадании в периодонт микроорганизмов (золотистый и белый стафилококк, негемолитический стрептококк и гемолитический стрептококк, фузобактерии, спирохеты, грибы), их токсинов, продук­тов распада пульпы и дентина в периодонт из корневого канала или пародонтального кармана.

По способу проникновения бактерий инфекционный периодон­тит делят на интрадентальный и экстрадентальный, т.е. внутризубной и внезубной. К последнему может быть отнесен инфекционный периодонтит, развивающийся в результате перехода воспалительного процесса из окружающих тканей при остеомиели­те, остите, периостите, гайморите, рините, пародонтите и др. Воз­можны также гематогенный и лимфогенный пути заболевания пери-одонта при туберкулезе, гепатите, тифе, гриппе и др. Интраденталь­ный путь проникновения микроорганизмов в периодонт связан с их поступлением из кариозной полости или корневого канала самостоятельно или насильственно при выполнении эндодонтических мани­пуляций.

Травматический верхушечный периодонтит возникает при травмировании околоверхушечных тканей эндоканальными инстру­ментами или в процессе проталкивания за верхушечное отверстие корневой пломбы, штифта. К травматическим причинам верхушеч­ного периодонтита относятся также удар по зубу, ушиб, падение, толчок, случайное накусывание на твердые предметы. Острая трав­ма нередко вызывает сравнительно быстро проходящее раздражение периодонта и его восстановление. Но иногда эти повреждения со­провождаются кровоизлиянием, нарушением кровообращения в пуль­пе с последующим ее некрозом. Такое состояние не проявляется дли­тельное время и сопровождается только изменением цвета зуба и отсутствием чувствительности к различным раздражителям. Высо­кая пломба и искусственная коронка, завышающие прикус, часто яв­ляются причиной развития травматического периодонтита в связи с хронической микротравмой периодонта.

Медикаментозный верхушечный периодонтит может возник­нуть вследствие попадания в периодонт сильнодействующих хими­ческих и лекарственных средств: мышьяковистой кислоты, фенола, формалина и т.д. Причиной верхушечного периодонтита может стать выведенный за апекс фосфат-цемент, резорцин-формалиновая и цинк-эвгенольная пасты, штифт и другие пломбировочные материалы. Сюда же относятся периодонтиты, развившиеся в результате мест­ной иммунологической реакции в ответ на попадание за верхушку корня антибиотиков, эвгенола, хлорамина, хлоргексидина, димексидина, йода и пр.

Патогенез.

Развитие воспаления периодонта связано с поступлением в периодонтальную щель инфекционно-токсического содержимого кор­невого канала, т.е. необходимо наличие раздражающего агента-кок­ка, продуктов его жизнедеятельности, лекарственных препаратов и пр. В эволюции воспалительного процесса в периодонте не после­днюю роль играют эндотоксины, которые образуются при повреждении оболочки грамположительных бактерий, вегетирующих в кор­невых каналах зубов, лишенных пульпы, в частности бактериальный эндотоксин, оказывающий токсическое и пирогенное действие.

Наблюдается множественное повреждение клеток соединитель­ной ткани и массивный выброс лизосомальных ферментов. Эндоток­син, попавший в заверхушечные ткани, приводит к дегрануляции туч­ных клеток, которые являются источником гепарина и гистамина.

Биологически активные компоненты вызывают резкое повыше­ние сосудистой проницаемости, нарастают отек и инфильтрация. Нарушается микроциркуляция, наблюдаются тромбоз, гиперфибринолиз и вторичная гипоксия, что приводит к деполимеризации ос­новного вещества. Нарастает гипоксия, нарушается трофика, ярко проявляются все пять признаков воспаления: местное повышение температуры, боль, отек, гиперемия, нарушение функции. Ткань ста­новится проницаемой за счет образования пустот в основном веще­стве, т.е. не выполняется ее главная функция — защитная. Резко на­рушается трофическая функция: клетка не в состоянии получить кис­лород и БАК из основного вещества и, наоборот, отдавать в него отработанные продукты. Отмечается зашлаковывание как клеток, так и межклеточного вещества, последнее связано с дисфункцией сосу­дистой стенки.

Бактериальные эндотоксины активируют компоненты комплемен­та, образуются биологически активные продукты, усиливающие про­ницаемость сосудов, и следствием этого является накопление мононуклеарных лимфоцитов и макрофагов. Эти клетки выделяют фер­менты, повышающие активность остеобластов, которые обусловли­вают деструкцию костной ткани.

В соответствии с современными представлениями воспалитель­ный процесс в периодонте рассматривается также как типичная им­мунная реакция, поскольку в околоверхушечных тканях имеются все компоненты, необходимые для развертывания аллергических реак­ций. Наличие макрофагов, лимфоцитов, плазматических и полимор­фно-ядерных и тучных клеток доказывает постоянное поступление антигенов из системы корневых каналов, подтверждая, таким образом, патогенетическое формирование и влияние стоматогенного очага развитие гетеро- и аутосенсибилизации организма

Патогистология.

Патогистология верхушечного воспаления зависит от его формы.

Так, при остром серозном верхушечном периодонтите микро­скопически определяется выраженная воспалительная гиперемия, ин­фильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами. Местами видны скопления гистиоцитов и лимфоцитов. В прилегающих костномозго­вых полостях наблюдается расширение сосудов.

При остром гнойном верхушечном периодонтите периодонт отечен, имеются отдельные кровоизлияния. Ткань периодонта про­питана экссудатом, ее волокна разрыхлены. Усиленная эмиграция лейкоцитов приводит к формированию периваскулярных инфильт­ратов. В дальнейшем диффузный лейкоцитарный инфильтрат про­низывает всю толщу периодонта. Образуются небольшие абсцессы, которые сливаются между собой. Таким образом, возникает гнойный очаг, в центре которого находится бесструктурная масса. В прилега­ющей к периодонту костной ткани выявляются признаки рассасыва­ния, а в костномозговой ткани — гиперемия и инфильтрация.

При хроническом фиброзном периодонтите верхушечный пе­риодонт представлен грубоволокнистой тканью, бедной клетками. Ха­рактерная для периодонта ориентация волокон нарушена. Местами определяются явления рассеянной мелкоклеточной инфильтрации. Изредка обнаруживаются очаги резорбции цемента, более часто — участки рассасывания лунки, которые заполнены волокнистой тка­нью.

При хроническом гранулирующем периодонтите верхушеч­ный периодонт замещен грануляционной тканью, в которой преоб­ладают клеточные элементы: фибробласты, гистиоциты, лейкоциты, нередко с признаками жирового перерождения. Всегда выражена де­струкция компактного слоя альвеолы. Как правило, резорбирован цемент и даже дентин верхушечной части корня. При обострениях преобладают лейкоциты (нейтрофильные), резорбируется костная ткань, и процесс распространяется на костномозговую ткань лунки, а затем на надкостницу и примыкающие к ней мягкие ткани.

При хроническом гранулематозном периодонтите очаг грану­ляционной ткани различной степени зрелости ограничен плотной соединительнотканной оболочкой. Это — гранулема, имеющая округ­лую или овальную форму, тесно связана с верхушкой корня. Микро­скопически обнаруживается ткань, пронизанная множеством капил­ляров, богатая плазматическими клетками, гистиоцитами, а также полиморфно-ядерными лейкоцитами. При нагноении преобладают лейкоциты. Оболочка гранулемы представлена плотной соединитель­ной тканью, волокна которой расположены концентрически и обра­зуют плотную капсулу. На участках корня, соприкасающихся с кап­сулой, так же как и при гранулирующем периодонтите, обнаружива­ются очаги рассасывания цемента и дентина. Наряду с этим процес­сом нередко отмечается новообразование цемента, а иногда — отло­жение избыточного цемента (гиперцементоз).

В зависимости от строения различают гранулемы: простые, со­стоящие из элементов соединительной ткани (встречаются в 10% слу­чаев); эпителиальные, в которых между участками грануляционной ткани находятся тяжи эпителия (диагностируются в 90% случаев), и кистевидные, содержащие полость, выстланную эпителием. Кисте­видные гранулемы могут привести к развитию околокорневой кисты.

**ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Объектом вмешательства при лечении периодонтита являются корневой канал с его многочисленными разветвлениями, дентинные канальцы с обильной микрофлорой, а также ткань периодонта, находящаяся в состоянии воспаления. Такие методы должны обеспечить купирование воспалительного процесса в околоверхушечных тканях, не допускать его распространения в челюстно-лицевой области, способствовать восстановлению функции периодонта и, наконец, исключить возможность инфекционно-токсического и аллергического влияния околоверхушечного патологического очага на организм. Эти требования выполнимы только при идеальном эндоканальном лечении верхушечного периодонтита.

Лечение обострения хронического гранулематозного периодонтита проводится в два посещения. В первое посещение создается отток через корневой канал. После стихания острых явлений проводят лечение с пломбированием каналов.

**ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Первое посещение.

1. **Обезболивание.** Для реализации принципа безболезненного лечения зубов целесообразно использовать только высокоэффектив­ные анестетики, обладающие минимальной токсичностью. Сегодня весьма популярны 2—4% раствор ультракаина, 4% раствор альфакаина, 4% раствор септанеста, 2% раствор лидокаина и его зарубеж­ные аналоги (2% раствор ксилестезина, 3% раствор прессикаина, 3% раствор ксилонора).

Для усиления анестезирующего эффекта и продления действия анестетика целесообразно добавлять 0,1% раствор адреналина гид­рохлорида (1 капля на 10—15 мл анестетика), 0,05% раствор норадреналина гидрохлорида или их зарубежные аналоги (эпинефрин, норэпинефрин). Однако практикующий и особенно начинающий те­рапевт-стоматолог должны помнить, что вазоконстрикторы проти­вопоказаны пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой сис­темы, сахарным диабетом в стадии декомпенсации, а также лицам преклонного возраста.

Провести полное обезболивание зуба позволяет проводниковая анестезия (торусальная или мандибулярная).

2. **Препарирование кариозной полости**. Обработку кариозной полости проводят с соблюдением всех этапов: раскрытие, расширение, некроэктомия, формирование кариозной полости. Желательно использовать турбинный наконечник. Обязательным является фиксация больного зуба указательным и большим пальцами левой руки.

3. **Раскрытие полости зуба**. Раскрытие полости зуба должно быть проведено так, чтобы ее стенки были продолжением стенок кариозной полости. Препарирование осуществляется турбинным наконечником с помощью алмазных боров. Вскрытие и удаление крыши пульповой камеры выполняют шаровидным и фиссурным борами соответственно.

4. **Расширение устья корневого канала**. Расширение устья проводят с целью снятия навесов дентина над входом в корневой канал.

5. **Эвакуация распада пульпы из корневого канала**. Эндоканальную инструментальную обработку проводят с целью удаления из просвета корневого канала инородных частиц, пищевых остатков, распада пульпы, инфицированного и размягченного дентина.

6. **Раскрытие верхушечного отверстия**. Критерием контроля открытия верхушечного отверстия служит появление экссудата в просвете корневого канала.

В первое посещение зуб оставляют открытым. Больного предупреждают о том, что необхлдимо перед эдой в зуб ввести маленький ватный тампон, а после приема пищи полость рта прополоскать и ватный тампон из полости удалить.

Второе посещение (через 2-3 дня).

При отсутствии жалоб и удовлетворительном общем и местном состоянии больного приступают к инструментальной обработке корневого канала.

7. **Эндодонтическая обработка корневого канала.** Включает в себя механическую и медикаментозную обработку. Инструменталь­ная обработка узких и облитерированных корневых каналов про­водится с использованием К-файлов и Н-файлов. Расширение сле­дует проводить до тех пор пока в канал свободно не будет входить инструмент, имеющий диаметр на 2—3 номера больше, чем диаметр инструмента вводимого в начале обработки. Чередуя инструменты большого и малого размеров, добиваются его расширения и очище­ния. Следует помнить, что хорошо обработанным корневой канал можно считать тогда, когда в него свободно опускается эндодонтический инструмент, а извлекаемый дентин выглядит сухим и свет­лым. Во время инструментальной обработки необходимо применять медикаментозное орошение корневого канала самыми эффектив­ными антисептиками низких концентраций и физиологической тем­пературы

8. **Высушивание и обезжиривание дентина корневого канала зуба.** С этой целью современная стоматология рекомендует исполь­зовать препараты, содержащие ЭДТА: Netispad, Styptic (фирма SPAD), Largal ultra, Canal plus (фирма Septodont). Вносятся лекар­ственные препараты в просвет корневого канала на стерильной ват­ной турунде, накрученной на корневую иглу Миллера. В случае кро­вотечения из корневого канала следует использовать 3% раствор перекиси водорода, 5% раствор аминокапроновой кислоты, капрофера, анестетик с вазоконстриктором, 10% раствор глюконата каль­ция, либо 10% раствор хлористого кальция методом тугой тампона­ды канала ватной турундой

9. **Пломбирование корневого канала до физиологического апекса с последующим рентгенологическим контролем качества пломбирования.** Это самый ответственный этап в лечении ослож­ненного кариеса. От качества заполнения корневого канала зави­сит исход заболевания. Показано пломбирование твердеющими па­стами и гуттаперчей. Первую порцию пломбировочного материала вносят в канал на кончике корневой иглы Миллера и подводят под

давлением к верхушке корня с помощью ватной турунды, что по­зволяет качественно обтурировать апекс; вторую порцию вносят на каналонаполнителе (типа Lentulo), который позволяет ускорить процесс заполнения корневого канала. Пломбировать следует до фи­зиологического апекса с последующей рентгенографией, констати­рующей качество заполнения корневого канала зуба.

10. **Постановка постоянной пломбы.** Для реставрации депульпированных зубов рекомендуется использовать композитные плом­бировочные материалы, позволяющие восстановить зуб как полно­ценно функционирующий орган на долгие годы.

Рецепты.

1. Препараты для медикаментозной обработки корневых каналов при лечении периодонтитов.
	1. *Жидкости для промывания корневых каналов.*
		1. Окислители.
			* **Перекись водорода 3%**

Rp: Hidrogenii peroxydi 3% - 50 ml

D.S. Для стоматологического кабинета

* + 1. Галоиды
			- **Хлорамин 2%**

Rp: Sol. Cloramini 2% - 50 ml

D.S. Для обработки корневых каналов при периодонтите

* + - * **Гипохлорит натрия 3%**

Rp: Sol. Hypochloridi natrii 3% - 50 ml

D.S. Для обработки корневых каналов

* + - * **Хлоргексидин 0,5%**

Rp: Sol. Chlorhexidini 0,5% - 50 ml

 D.S. Для обработки корневых каналов

* + - * **Йодинол 1%**

Rp: Sol. Iodinoli 1% - 50 ml

D.S. Для обработки корневых каналов

* + 1. Нитрофураны
			- **Фурацилин 0,5%**

Rp: Sol. Furacilini 0,5% - 50 ml

 D.S. Для обработки корневых каналов

* + 1. Четвертичные аммониевые соединения
			- **Декамин 0,1%**

Rp: Sol. Decamini 0,1% - 50 ml

 D.S. Для обработки корневых каналов

* + - * **Декаметоксин 0,15%**

Rp: Sol. Decametoxyni 0,15%

 D.S. Для обработки корневых каналов

* + 1. Ферменты
			- **Лизоцим**

Rp: Lisocimi 1,0

 D.t.d. N 10

 D.S. Содержимое флакона растворить в 10 мл изотонического раствора NaCl

* + - * **Трипсин**

Rp: Trypsini crystallisati 0,01

 D.S. Содержимое флакона растворить в 10 мл изотонического раствора NaCl

* 1. *Препараты для расширения корневых каналов*
		+ - **ЭДТА 10%**

Rp: Sol. Dinatrii aethylendi aminitetraacetatis 10% - 50 ml

 D.S. Для расширения корневых каналов

# Препараты для резорцин-формалинового метода

* + - * **Резорцин**

Rp: Resorcini 15,0

 D.S. Для приготовления резорцин-формалиновой пасты

* + - * **Формалин**

Rp: Sol. Formaldegydi 40% - 10 ml

 D.S. Для приготовления резорцин-формалиновой пасты

* + - * **Хлорамин**

Rp: Sol. Chloramini 5%

 D.S. Для приготовления резорцин-формалиновой пасты

* + - * **Раствор едкого натра 7%**

Rp: Sol. Natrii caustiri spirituosae 7% - 10 ml

 D.S. Катализатор резорцин-формалиновой смеси

# Препараты для приема внутрь при гнойных процессах

* + - * **Бисептол**

Rp: Tab. “Biseptoli 480” N 20

 D.S. По 2 таб. 2 раза в день

* + - * **Эритромицин**

Rp: Tab. Erythromycini 0,25 N 30

 D.S. По 1 таб. через каждые 4-6 часов за 2 часа до еды в течение 5-7 дней

* + - * **Линкомицин**

Rp: Tab. Lincomicini hydrochloridi 0,25

 D.t.d. N 20 in caps. gel.

 S. По 1 капс. 2 раза в день

* + - * **Сульфодиметоксин**

Rp: Tab. Sulfodimethoxini 0,5 N 20

 D.S. В 1-й день 2 таб., в последующие по 1 таб.

* + - * **Хлористый кальций**

Rp: Sol. Calcii chloridi 10% - 200 ml.

 D.S. По 1 ст. ложке 3 раза в день

* + - * **Тавегил**

Rp: Tab. Tavegili 0,001 N 20

 D.S. По 1 таб. 2 раза в день

* + - * **Витамин С**

Rp: Tab. Acidi ascorbinici 0,05 N 50

 D.S. По 2 таб. 3 раза в день после еды

# Для ионофореза

* + - * **Йод 5%**

Rp: Sol. Iodi spirituosae 5% - 10 ml

 D.S. Для ионофореза

* + - * **Физ. раствор для анодгальванизации**
			* **Декаметоксин 1%**

Rp: Sol. Decametoxyni 1%

 D.S. Для ионофореза

* + - * **Раствор трипсина насыщенный**

Rp: Trypsini crystallisati 0,01

 D.S. Содержимое флакона растворить в 10 мл изотонического раствора NaCl

**ДНЕВНИК**

18.05.2005. Общее состояние удовлетворительное. Больной жалуется на постоянную острую локализованную боль, усиливающуюся при накусывании и прикосновении к зубу, чувство «выросшего зуба». Больной точно определяет пораженный зуб. Больной также жалуется на недомогание, головную боль, плохой сон, повышенную температуру. При осмотре 45 зуба на его жевательной поверхности обнаружена глубокая кариозная полость. Дисколорит эмали и дентина. Имеется широкое сообщение кариозной полости с полостью зуба. Зондирование кариозной полости и полости зуба безболезненно. Перкуссия резко болезненная как в горизонтальном, так и в вертикальном направлениях. Наблюдается патологическая подвижность зуба II степени. Состояние слизистой оболочки вокруг зуба: слизистая оболочка переходной складки и альвеолярного отростка язычной поверхности в области пораженного и смежных зубов отечна, гиперемирована. Симптом вазопареза положительный. Наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, пальпация переходной складки болезненна. На температурные раздражители реакции нет. Электровозбудимость – 100 мкА. Данные рентгенографии: кариозная полость расположена на жевательной поверхности зуба, широко сообщается с полостью зуба, корневые каналы достаточно проходимы, обнаруживается расширение периодонтальной щели, деструкция компактной пластинки периодонта, деструктивные нарушения костной ткани в области верхушки корня.

Диагноз: обострение хронического гранулематозного периодонтита (periodontitis chronoca granulematosa exacerbata). Диагноз поставлен на основании жалоб больного, основных и дополнительных методах диагностики.

Лечение: отпрепарирована кариозная полость и вскрыта полость зуба. Корневые каналы пройдены, расширены и запломбированы гуттаперчей. Сделана контрольная внутриротовая рентгенограмма 45. Каналы запломбированы до физиологического отверстия. Поставлена постоянная пломба из светоотверждаемого композита. Произведена финишная обработка пломбы

Назначены контрольные посещения через 3, 6, 12 месяцев

## ПРОГНОЗ

Учитывая молодой возраст больного, хорошее состояние иммунной системы, при своевременном и правильном лечении прогноз благоприятный.

**Список использованной литературы:**

* 1. Верхушечный периодонтит. Л.М. Лукиных, Ю.Н. Лившиц / Нижний Новгород. 1999.
	2. Терапевтическая стоматология. Е.В. Боровский / Москва. 1997.