1. Паспортная часть.

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

возраст 1937

профессия пенсионер

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Жалобы при поступлении на острую боль при накусывании на 2 зуб.
2. Анамнез жизни больного.

Считает себя практически здоровой.

Аллергоанамнез: аллергических реакций на продукты питания и лекарственные препараты не наблюдалось.

Желтухой, туберкулезом, СПИДом, сифилисом не болела, инфарктов не было, гипертонической болезнью не страдает.

IV. История настоящего заболевания.

Первый раз зуб заболел около 2-х месяцев назад, были сильные боли при надавливании, которые вскоре стихли, ко врачу не обращалась. За 2-3 дня до обращения в поликлинику зуб вновь заболел, что и стало причиной обращения ко врачу.

1. Настоящее состояние больного.

Челюстно-лицевая область без видимой патологии, отеков и припухлости нет. Красная кайма губ увлажнена достаточно, имеются небольшие трещинки, углы рта без изменений, запаха изо рта нет. Подчелюстные, подбородочные, околоушные лимфатические узлы не увеличены, болезненности при пальпации нет.

Состояние десны: бледно-розового цвета, отечности и гипертрофии нет, имеется нарушение целостности в области резцов нижней челюсти, кровоточивости при надавливании нет, патологических десневых карманов нет.

Язык:бледно-красного цвета, сосочки не изменены, налета нет, трещин и язв не наблюдается, язык не отечен.

Зубная формула:

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

кор кор кор кор п п п кор кор кор кор кор

Гипоплазии эмали, флюороза нет, имеется клиновидный дефект на нижних резцах, зубных отложений нет.

На больном зубе 2 коронка сохранена, на температурные, химические раздражители не реагирует, перкуссия болезненна.

1. Диагноз и его обоснование.

Periodontitis chronica exacerbata

Диагноз поставлен на основании: жалоб больного - сильные боли при накусывании, данных анамнеза - зуб ранее болел, данных объективного обследования - болезненная перкуссия.

1. Дифференциальный диагноз.

Обострение хронического периодонтита следует дифференцировать от острого периодонтита, острого диффузного пульпита, обострения хронического пульпита. Для острого периодонтита характерна острая локализованная боль постоянного характера, которая впоследствии может приобретать характер рвущей, пульсирующей боли, боль может иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва. При остром диффузном пульпите и обострившемся хроническом пульпите характерны болевые приступы с небольшими безболезненными промежутками, характерна ночная боль, боль от раздражителей, боль не локализована, а может иррадиировать по ветвям тройничного нерва, при обострившемся хроническом пульпите иногда бывает болезненной перкуссия. Для обострившегося хронического периодонтита характерна постоянная ноющая боль, резкая боль при накусывании на больной зуб, а также при перкуссии, иногда имеется гиперемия и отечность переходной складки, возможна боль при пальпации в области проекции верхущки корня зуба, реакции на температурные раздражители нет.

1. Терапия.

Лечение должно проводиться в два посещения. В первное посещение вскрывается полость зуба, удаляется коронковая и корневая пульпа, проводиться медикаментозная и инструментальная обработка зуба с расширением апикального отверстия, в канале на турунде оставляется лекарственный препарат противовоспалительного действия (крезофен) и гереметично изолируется на 2 дня временной повязкой. Во второе посещение при благоприятном течении удаляют турунду с лекарственным препаратом, повторно проводят медикаментозную и инструментальную обработку и пломбируют канал до анатомического отвестия. Так как канал легко проходим и создается хороший отток экссудата, то хирургическое вмешательство не требуется.

IX.Дневник.

1. - Жалобы на боль при накусывании.

Лечение: инфильтрационная анестезия, вскрытие и раскрытие полости зуба, удаление распада пульпы, медикаментозная и инструментальная обработка корневого канала, оставлена турунда с Крезофеном, временная пломба - Водный дентин.

1. жалоб на боли нет.

Канал медикаментозно и инструментально обработан, запломбирован цинк-оксид-эвгеноловой пастой, сделан контрольный рентгеновский снимок, поставлена прокладка из Унифаса, пломба Cristalline.

1. Прогноз.

Прогноз благоприятный: канал полностью запломбирован до анатомического отверстия, цинк-оксид-эвгеноловая паста за верхушку не выведена.

1. Этиология и патогенез.

Периодонтит по происхождению бывает инфекционный, травматический и медикаментозный. В развитии инфекционного периодонтита главную роль играют бактерии, в основном стрептококки, их токсины вместе с продуктами распада пульпы проникают в периодонт - интрадентальный путь инфицирования. Также инфицирование может произойти в результате перехода воспаления из окружающих тканей - экстрадентальный путь инфицирования. Травматический периодонтит возникает из-за значительных травм, ушибов, особенно когда происходит неоднократное воздействие на ткани периодонта (неправильный прикус, завышения прикуса вследствие неправильного наложения пломбы, вредные привычки). Медикаментозный периодонтит развивается чаще из-за неправильного лечения пульпита, за счет попадания в ткани периодонта сильнодействующих лекарственных веществ, таких как мышьяковистая паста, формалин, фенол и др.