

## Методические рекомендации для студентов

### Занятие 12. Тема: Острый апикальный периодонтит.

Общее время занятия – 135 минут

**Мотивационная характеристика темы:** знания этиологии, патогенеза, классификации болезней периапикальных тканей постоянных зубов позволят врачу-стоматологу предупредить возможные осложнения развития данной патологии. Особое внимание следует уделить изучению причинных факторов способствующих развитию острых форм апикальных периодонтитов. Острые апикальные периодонтиты сопровождаются выраженным болевым синдромом, нередко приводят к нарушению общего состояния. При данной патологии от врача-стоматолога требуется знания и умение обследовать пациента, поставить диагноз, провести дифференциальную диагностику и в дальнейшем выбрать оптимальный метод лечения.

**Цель занятия:** повторить анатомо-физиологические особенности периодонта, изучить этиологию, патогенез и клинические аспекты патологической анатомии периапикальных тканей зуба. Изучить клинические проявления и методы диагностики острых апикальных периодонтитов согласно клиническим протоколам постановления МЗ РБ № 4 от 11 января 2023 г. «Об утверждении клинических протоколов». Научиться ставить диагноз согласно классификации МКБ-10 (1997).

#### Задачи занятия:

1. Изучить роль этиологических факторов, вызывающих воспаление в тканях апикального периодонта.
2. Изучить международную классификацию апикального периодонтита МКБ-10 (1997).
3. Изучить патогенетический аспект заболеваний апикальных периодонтитов.
4. Изучить клиническую картину острых форм апикальных периодонтитов.
5. Уметь проводить дифференциальную диагностику острых форм апикальных периодонтитов с другими заболеваниями.

#### Требования к исходному уровню знаний:

1. Дать определение воспаления (перечислить фазы воспалительного процесса).
2. Знать строение и функции апикального периодонта.
3. План обследования стоматологического больного.
4. Знать классификации пульпитов и апикальных периодонтитов.
5. Знать клинику, диагностику и дифдиагностику различных форм острого пульпита.

#### Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Гистология и физиология пульпы зуба и тканей периодонта.
2. Характеристика острого воспалительного процесса в тканях апикального периодонта.
3. Патоморфологические и патогенетические процессы, происходящие в периапикальных тканях при воспалении.

#### Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия "апикальный периодонтит".
2. Классификация болезней периапикальных тканей по МКБ-10 (1997).
3. Причины острого апикального периодонтита.

4. Клинические проявления острого апикального периодонтита пульпарного происхождения.
5. Клинические проявления острого травматического периодонтита.
6. Методы диагностики (основные и дополнительные) острого апикального периодонтита.
7. Данные ЭОМ при остром апикальном периодонтите.
8. Рентгенологические признаки острого травматического периодонтита.
9. Дифференциальная диагностика острого апикального периодонтита.

**Задание для самостоятельной работы студентов:** реферирование статей по теме занятия в научной периодической литературе, изданной в Республике Беларусь и за

р  
у  
б

### **Краткое содержание учебного материала.**

е Пульпа зуба морфологически и функционально связана с периодонтом через верхушечное отверстие и боковые ответвления корня зуба. Микробы, экзотоксины, эндотоксины, продукты распада тканей, накопившиеся в корневых каналах, проникают к периодонту, вызывают его воспаление, развивается периодонтит апикальный пульпарного происхождения.

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

И К04 Болезни пульпы и периапикальных тканей:

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

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

О Следует отметить, что неинфекционные факторы имеют значение только для начальных стадий процесса. В дальнейшем течении воспалительного процесса ведущее значение имеют присутствующие в очаге поражения различные виды бактериальной микрофлоры. Инфекция в 90% случаев является основной причиной периодонтита.

М **Апикальный периодонтит инфекционный.** Периодонтит инфекционным развивается вследствие раздражения периодонта инфекционно-токсическим содержимым корневого канала и его ответвлений. Большинство микроорганизмов, выделенных из корневых каналов при периодонтите, являются анаэробами. Микробы прикрепляются к стенкам корневого канала, образуя внутрикорневую биопленку, заселяют дентинные трубочки.

К Инфицирование периодонта возможно гематогенным путем в очень редких случаях. У лиц молодого возраста при широком апикальном отверстии корневого канала воспаление распространяется к периодонту корня зуба. Вследствие этого одновременно могут быть пульпит и апикальный периодонтит острый или хронический.

Н **Апикальный периодонтит травматический.** Периодонтит травматический является следствием бытовой, спортивной, военной или ятрогенной (вследствие врачебных действий) травмы. Это результат ушиба, удара. Возможна травма периодонта во время лечения пациента с пульпитом эндодонтическим инструментом или пломбировочным материалом при выходе их за верхушку корня зуба. Развитие периодонтита может вызвать неоднократно повторяющиеся микротравмы вследствие

И  
х

п  
р  
о

завышения пломбы, коронки, прямого прикуса, регулярного давления каким-либо предметом на зуб (музыкальный инструмент, карандаш, мундштук и др.), перегрузки периодонта при нерациональном протезировании. Острая травма вызывает острый периодонтит, сопровождающийся травмой мягких тканей, разрывом сосудисто-нервного пучка, кровоизлиянием, появлением подвижности зуба из-за разрыва связок зуба. Хроническая травма вызывает гипертрофию периодонта, периодонтит развивается постепенно.

**Апикальный периодонтит медикаментозный.** Периодонтит медикаментозный (токсический) является осложнением лечения пациента с кариесом и пульпитом. Некроз пульпы развивается без симптомов под действием токсичных продуктов пломбировочного материала, не изолированного от пульпы во время лечения зуба по поводу кариеса. Токсическое действие оказывают и продукты распада пульпы.

Токсический периодонтит может быть осложнением при лечении пульпита, следствием действия девитализирующих препаратов, асептических растворов, резорцин-формалиновой смеси и пасты, гипохлорита натрия и других сильнодействующих препаратов, вышедших за верхушку зуба во время лечения и раздражающих периодонт. Развиваются некроз верхушечный периодонта коагуляционный или колликвационный и воспаление.

**Аллергический апикальный периодонтит** возникает в результате сенсбилизации организма человека к различным лекарственным препаратам, применяемым при эндодонтическом лечении в обычных безвредных концентрациях (эвгенол, лекарственные формы с йодом, гипохлорит натрия, ЭДТА и др.), но способных вызвать местную иммунную реакцию. Раздражение, вызванное лечением, как правило, кратковременное, если корневого канал не инфицирован.

#### **Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения**

По клиническому течению и характеру патоморфологических изменений выделяют две стадии острого апикального периодонтита: начальную - серозную (стадия *интоксикации*) и затем гнойную (стадия *экссудации*). Выраженных симптомов в стадии интоксикации нет, это первые часы начала периодонтита.

*Жалобы* пациента в начале развития заболевания, первые 2-3 суток, на постоянную ноющего характера, локальную боль. Затем наступает стадия экссудации, боль усиливается, особенно при давлении на зуб, прикосновении к нему, зуб становится подвижным. Появляются головная боль, недомогание.

*Анамнез общесоматический.* Общее состояние пациента ухудшается, температура тела до 38,0-39,0 °С, не спит из-за боли, принимает обезболивающие препараты, нарастает слабость.

*Анамнез стоматологический.* Пациент указывает, что такой характер боли появился впервые, зуб болит несколько суток, нарастает по интенсивности. Ранее были боли, характерные для острого или хронического пульпита, не лечился или выпала пломба. Спустя 3-4 суток развивается яркая клиническая картина острого воспаления, особенно у молодых пациентов ввиду повышенной реактивности организма. Прилежащие к зубу мягкие ткани отекают, появляется асимметрия лица. Мучительная боль может держаться от 2-3 суток до 2 недель.

*Осмотр внешний.* Кожные покровы обычной окраски или бледные. Лицо несимметричное из-за отека на стороне больного зуба. Региональные лимфатические узлы (поднижнечелюстные, подподбородочные) увеличенные, болезненные при пальпации, подвижные. Больной свободно открывает рот.

*Осмотр внутренний.* Если пациент обращается на первые сутки болезни, слизистая оболочка у причинного зуба бледно-розового цвета, в дальнейшем - слизистая

отекает, появляется гиперемия. Зуб обычно имеет большую кариозную полость, может быть под временной или постоянной пломбой. Зондирование дна кариозной полости и места его перфорации, если полость зуба вскрыта, безболезненное. Перкуссия зуба болезненная, пальпация мягких тканей — также. Боль усиливается, возникает при малейшем касании к зубу, появляется симптом «выросшего зуба». Зуб подвижный.

*Дополнительные методы исследования.* Реакция зуба на температурные раздражители отсутствует. Показатели электроодонтометрии (ЭОМ) — более 100 мкА. На рентгенограмме в коронке зуба выявляется дефект, сообщающийся с полостью зуба, или перфорации дна кариозной полости нет. Если зуб ранее был лечен, виден пломбировочный материал в полости зуба и (или) корневых каналах. На рентгенограмме, сделанной в начале заболевания в стадию интоксикации, в области верхушечного периодонта патологические изменения не определяются. В стадию экссудации, через 4—7 суток, изменения характеризуются утратой четкости рисунка губчатого вещества в результате воспалительной инфильтрации костного мозга и деформацией периодонтальной щели в виде равномерного расширения у верхушки корня при наличии симптома «выросшего зуба». Если воспалительные явления острого периодонтита продолжают более недели, процесс может сопровождать резорбция костной ткани дна альвеолы. Исследование периферической крови у большинства больных выявляет лейкоцитоз и повышение СОЭ (скорости оседания эритроцитом)

*Дифференциальный диагноз* острот апикального периодонтита проводят с пульпитом острым, гнойным, периапикальным абсцессом без свища, острым гайморитом и острым одонтогенным остеомиелитом.

### **Другие и неуточненные болезни перипикальных тканей**

**Острый периодонтит медикаментозный, токсический.** Лечение пульпита девитальным методом может осложниться воспалением периодонта вследствие проникновения девитализирующих паст за верхушку корня. В периодонтальную щель зуба могут проникнуть и другие сильнодействующие препараты во время эндодонтии: раствор гипохлорита натрия, формалин, трикрезол. Развивается некроз ткани периодонта коагуляционный или колликвационный.

*Жалобы* на боли ноющего характера, усиливающиеся при надкусывании на зуб, появившиеся в процессе лечения.

*Анамнез общесоматический.* Общее состояние удовлетворительное.

*Анамнез стоматологический.* Зуб лечится по поводу пульпита методом девитальной пульпотомии или пульпэктомии с применением девитализирующей пасты или выполняется эндодонтическое лечение.

*Внешний осмотр.* Без особенностей. Лимфатические узлы не пальпируются.

*Внутренний осмотр.* Зуб под временной пломбой. Перкуссия зуба болезненная. Слизистая бледно-розового цвета или отечная и гиперемия.

Дополнительные методы исследования дают информацию на начало лечения зуба. Настоящее состояние расценивается как осложнение, проводят соответствующее лечение.

**Острый периодонтит травматический.** Острый периодонтит травматический является следствием травмы мягких тканей и разрыва связочного аппарата зуба с подвывихом зуба. Клиническое обследование включает обязательно ЭОМ и рентгенографию.

*Жалобы* больного на боль, патологическую подвижность и изменение цвета зуба, отек мягких тканей, смещение зуба в лунке, боль усиливается при смыкании зубов. Могут быть недомогание и повышение температуры тела

*Анамнез заболевания.* Названные жалобы являются следствием травмы, полученной пациентом недавно.

*Внешний осмотр.* Лицо несимметричное из-за отека мягких тканей. Пациент держит рот приоткрытым из-за боли при смыкании зубов. Лимфатические узлы могут быть увеличенные, болезненные при пальпации и подвижные.

*Внутриротовой осмотр.* Десна у причинного зуба отечная, наблюдается гиперемия, может быть гематома, переходная складка сглаженная. Причинный зуб выдвинут из лунки, смещен. Цвет зуба изменен и зависит от срока обращения больного за помощью. Розовый цвет наблюдается, если обращение и первый день после травмы. В период более позднего обращения цвет зуба серый, темно-серый, желтый из-за окрашивания твердых тканей зуба продуктами распада крови и пульпы.

Перкуссия зуба резко болезненная. Пальпация окружающих тканей болезненна.

*Дополнительные методы исследования.* Реакция зуба на температурные раздражители отсутствует, данные ЭОМ - более 100 мкА, на рентгенограмме периодонтальная щель в области верхушки зуба расширена, зуб смещен в лунке. Зуб может быть интактным или иметь перелом в области коронки и (или) корня.