

## **Методические рекомендации для студентов к занятию 13**

### **Занятие 13. Тема: Хронический апикальный периодонтит.**

Общее время занятия – 135 минут.

Мотивационная характеристика темы. Апикальный периодонтит является широко распространенным заболеванием среди населения Республики Беларусь. По данным отечественных авторов апикальный периодонтит – это основная причина удаления зубов в лечебных учреждениях РБ. Также апикальные периодонтиты являются очагами хронической одонтогенной инфекции, оказывая негативное влияние на стоматологическое здоровье и организм в целом.

Цель занятия: знать клинику, диагностику и дифференциальную диагностику хронического апикального периодонтита, корневой кисты, хронического травматического периодонтита.

Задачи занятия:

1. Научиться проводить опрос стоматологического пациента с апикальным периодонтитом.
2. Изучить основные методы обследования пациента с хроническими формами апикального периодонтита.
3. Знать дополнительные методы обследования при хронических формах апикального периодонтита.
4. Изучить клиническую картину различных форм апикального периодонтита.
5. Уметь проводить дифференциальную диагностику различных форм апикального периодонтита.

Требования к исходному уровню знаний:

1. Знать анатомо-гистологические особенности строения твердых тканей зуба, пульпы, апикального периодонта.
2. Знать клинику, диагностику, дифференциальную диагностику кариеса зубов.

3. Знать клинику, диагностику, дифференциальную диагностику хронических форм пульпита.
4. Знать классификацию болезней пульпы и периапикальных тканей (МКБ-10, 1997).

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Знать патологическую анатомию острого и хронического воспаления.
2. Знать патологическую анатомию пульпита.
3. Патоморфологические изменения в апикальных тканях и рентгенологические данные.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия "апикальный периодонтит".
2. Классификация болезней периапикальных тканей по МКБ-10 (1997).
3. Этиология хронического апикального периодонтита, корневой кисты, хронического травматического периодонтита.
4. Клинические проявления хронического апикального периодонтита, корневой кисты.
5. Клинические проявления хронического травматического периодонтита.
6. Методы диагностики (основные и дополнительные) острого апикального периодонтита.
7. Рентгенологические признаки хронического апикального периодонтита, корневой кисты, хронического травматического периодонтита.
8. Дифференциальная диагностика хронического апикального периодонтита, корневой кисты, хронического травматического периодонтита.

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 околоворхушечных тканей зуба инфекционной, токсической, аллергической или травматической этиологии, сопровождающиеся гибелью пульпы и деструкцией костной ткани.

Хронический апикальный периодонтит

Хронический апикальный периодонтит встречается гораздо чаще, чем острый. Клиническая картина данного заболевания менее выраженная в сравнении с острым периодонтитом: протекает безболезненно или малоболезненно.

Жалоб пациента на боли нет. Возможны жалоба на наличие кариозной полости, изменение цвета зуба, ощущение дискомфорта в зубе, галитоз.

Анамнез общесоматический. В анамнезе могут быть сопутствующие заболевания или практически здоровый пациент. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C.

Анамнез стоматологический. Зуб болит давно, ранее болел сильно, был отек лица, потом боли прекратились, не лечился или зуб лечил, поставили пломбу. Возможен изначально хронический характер болезни без острой боли и отека лица.

Внешний осмотр. Общее состояние больного удовлетворительное. Лицо симметричное, цвет кожных покровов обычный. Лимфатические узлы не пальпируются. Открывание полости рта свободное.

Внутриротовой осмотр. Причинный зуб имеет кариозную полость или под пломбой, изменен в цвете. Зондирование дна кариозной полости безболезненное, перфорация дна может быть или нет. Перкуссия зуба безболезненная или несколько чувствительная. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Пальпация прилежащей к зубу десны безболезненная.

Дополнительные методы исследования. Реакция зуба на температурные раздражители отсутствует. Данные ЭОМ — более 100 мкА. На рентгенограмме в коронке зуба дефект, сообщающийся или не сообщающийся с полостью зуба, возможно наличие пломбирочного материала в полости зуба и корневых каналах, не достигающего до верхушек корней. Имеется небольшой очаг разряжения в области верхушки корня с четкими краями округлой или овальной формы до 0,5 см в поперечнике. При больших размерах очага это оценивается как киста. По обычной рентгенограмме трудно отличить апикальную гранулему от корневой кисты, киста имеет более четкие края. Если зуб не лечили или корневые каналы запломбированы не до верхушек корней, со временем гранулема может превратиться в кистогранулему, размер которой больше, или кисту.

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

#### Корневая киста

Корневая киста зуба развивается незаметно для пациента. Она является результатом превращения апикальной гранулемы в кистогранулему, затем в апикальную и (или) периапикальную корневую кисту.

Жалоб пациент не имеет или отмечает чувствительность при надкусы-вании на зуб.

Анамнез общесоматический. Без особенностей. Общее состояние удовлетво-рительное.

Анамнез стоматологический. В анамнезе наличие зубной боли. Зуб был лечен по поводу простого или осложненного кариеса, или пломба выпала, или была травма, вывих зуба.

Внешний осмотр. Без особенностей. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации.

Внутриротовой осмотр. Причинный зуб может быть интактным, пломбированным или иметь кариозную полость. Зондирование кариозной полости безболезненное, дно может сообщаться с полостью зуба. Зуб изменен в цвете в сравнении с симметричным. Пкуссия зуба безболезненная или чувствительная. Прилежащая слизистая бледно-розового цвета, пальпация безболезненная. Подвижности зуба нет.

Дополнительные методы исследования. Реакция зуба на температурный раздражитель отсутствует. Показатели ЭОМ свыше 100 мкА. На рентгенограмме в области верхушки корня зуба и (или) сбоку имеется округлое образование с четкими границами размером свыше 0,8 см. Киста имеет более четкие, обусловленные склерозом кости контуры. При ее нагноении четкость рисунки теряется. Киста может вызвать смещение корней зубов (дивергенция корней и конвергенция коронок). Положение причинного зуба обычно не изменяется. Кисты могут прорасти в полость носа, верхнечелюстную пазуху, оттеснить нижнечелюстной канал, вызывая симптом Венсана: анестезию или парестезию в области половины нижней губы на стороне поражения.

Нормальные анатомические костные образования на рентгенограмме могут иметь сходство с корневыми кистами. Верхнечелюстная пазуха, носовые ходы, глазницы, лобная пазуха представляются в виде четко очерченных полостей. Проекция резцового отверстия на корни верхних резцов и подбородочного отверстия на корни премоляров нижней челюсти не следует принимать за патологический очаг, кисту. Низко расположенная верхнечелюстная пазуха с дном, прилежащим к верхушкам корней моляров, не должна приниматься за кисту.

Другие и неуточненные болезни перипикальных тканей

Хронический периодонтит травматический

Хронический периодонтит травматической этиологии имеет большой срок давности травмы. Он раз-вивается в ситуации, если произошел некроз пульпы зуба вследствие травмы, но пациент не обращался за помощью. Воспаление стихает, зуб укрепляется в лунке и нормально

функционирует. Последствием может быть развитие апикальной гранулемы, периапикального абсцесса с полостью и без полости, кисты, внутренней резорбции корня.

Особенностью является изменение цвета зуба и отсутствие кариозной полости. Продукты распада пульпы окрашивают зуб в серый или серо-желтый цвет различной интенсивности.

Жалобы больного на изменение цвета зуба или жалоб нет. Иногда врач-стоматолог при осмотре обращает внимание на изменение цвета зуба и при сборе анамнеза выясняется, что в прошлом была травма.

Внешний осмотр изменения не обнаруживает. Общее состояние пациента удовлетворительное.

Внутриротовой осмотр выявляет изменение цвета причинного зуба, который не имеет кариозной полости. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, возможен свищ на десне или рубец от свища. Перкуссия зуба и пальпация мягких тканей не вызывают боли.

Дополнительные методы исследования. Реакции зуба на температурные раздражения нет. Данные ЭОМ — более 100 мкА. На рентгенограмме имеются изменения, соответствующие хроническому апикальному периодонтиту или кисте, причинный зуб интактный, возможна внутренняя резорбция корня. Зуб в лунке может быть смещен.

Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз хронического апикального периодонтита проводят с периапикальным абсцессом с полостью и без полости, некрозом (гангрена) пульпы и кариесом дентина и (или) цемента зуба. Общими признаками для этих заболеваний является безболезненное и длительное течение. Каждое из них имеет свои отличительные черты. Хронический апикальный периодонтит может трансформироваться в периапикальный абсцесс с полостью и без полости, в корневую кисту.

Литература:

1. Стоматология. Эндодонтия: учебное пособие для ВУЗов / А. А. Бритова. – 2-ое изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2024. – 177с.

2. Эндодонтия: учеб. пособие / Базикян, Эрнест Арамович, Волчкова, Людмила Васильевна, Лукина, Галина Ильхамовна [и др.]; под общ. ред. Э. А. Базикяна. – Москва: Гэотар-Медиа, 2023. – 153 с.

3. Харгривз, Кеннет М. Эндодонтия / Харгривз, Кеннет М., Берман, Луис Г.; веб- И. Ротштейн; науч. ред. пер. А. В. Митронин. - Москва: ГэотарМедиа, 2022. - 1030 с.

4. Терапевтическая стоматология: учебник / О. О. Янушевич, Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 768 с.

5. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с.

6. Васильев, В. И. Терапевтическая стоматология: учебное пособие для вузов / В. И. Васильев. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 448 с.

7. Пропедевтика стоматологических заболеваний: учебник для студентов ВУЗов/ под ред. И.И.Аболмасова, А.И.Николаева. – М.: МЕДпрессинформ., 2015.