

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**Периодонтит постоянных зубов с несформированными корнями. Лечение.
Выбор материала для пломбирования каналов**

Выполнил ординатор
Кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности – «стоматология
терапевтическая»
Евлоева Зарета Аслановна
Руководитель к.м.н., доцент Тарасова
Наталья Валентиновна
Рецензент к.м.н., Левенец Оксана
Анатольевна

Красноярск, 2018

Цели:

- Изучить этиологию, патогенез периодонтита.
- Изучить терминологию, классификацию периодонтита

Задачи:

- Изучить строение корней постоянных зубов с несформированными корнями;
- Изучить формы периодонтитов;
- Определиться с планом лечения периодонтитов.

Введение

Периодонтит - это воспаление зубных связок и костной лунки.

В большинстве случаев периодонтит является осложнением пульпита. Микроорганизмы и их токсины выходят из отверстий корня в костную лунку, вызывая воспаление связок, на которых подвешен зуб, самой костной лунки и слизистой оболочки десны около зуба. Размеры воспаления костной лунки при периодонтитах определяются по рентгенограмме. При периодонтитах в полости зуба и корневых каналах находятся остатки погибшей пульпы.

Причины

1. Инфекция;
2. Травма зуба: ушиб, вывих, перелом корня;
3. Сильнодействующие химические и лекарственные вещества, проникающие в периодонт во время лечения пульпита;
4. Нарушения сроков лечения за счет уменьшения длительности мумификации;
5. Механическая травма во время обработки корневого канала;
6. Гематогенное распространение других инфекций;
7. Распространение инфекции на периодонт *per continuitatem* из соседних тканей;
8. Сопутствующие заболевания, снижение резистентности организма.

Классификация

По происхождению периодонтит подразделяют на:

1. Инфекционный.
2. Неинфекционный: травматический - медикаментозный.

По локализации воспалительного процесса принято различать:

1. Верхушечный периодонтит.
2. Маргинальный периодонтит.

По клиническому течению выделяют (по И.Г. Лукомскому 1955 г.)

1. Острые периодонтиты:

- А) серозный;
- Б) гнойный.

2. Хронические периодонтиты:

- А) фиброзный;
- Б) гранулирующий;
- В) гранулематозный.

3. Обострившийся хронический периодонтит.



Патогенез периодонтитов

Микроорганизмы проникают в периодонт чаще всего через корневой канал при пульпите. При проникновении инфекции возникает воспаление. Также возникновение периодонтита возможно при других состояниях: травмах, длительном воздействии мышьяка на зубную полость, при сепсисе. Периодонтальная щель заполнена межтканевой жидкостью и наряду со связочным аппаратом зуба играет роль амортизатора при жевательных нагрузках. Периодонт и входящие в него элементы богаты рецепторами, реагирующими на давление, которое увеличивается при периодонтите, поэтому воспаление дает выраженный болевой синдром. При воспалении происходит экссудация (пропотевание жидкости). Отек и экссудация отвечают за главный, но не единственный признак заболевания – боль. При наличии оттока этой жидкости через корневой канал зуба боль менее выражена и создаются условия для развития хронического периодонтита. В противном случае развивается острый периодонтит – сначала серозный, а затем и гнойный.



В диагностике хронического воспалительного процесса в периодонте определяющее значение имеют данные рентгенологического исследования. При этом рентгенологическая картина периапикальных изменений у каждого из корней многокорневого зуба может быть различной. Рентгенологические изменения при остром периодонтите отсутствуют. При хроническом фиброзном - сужение или чаще расширение периодонта. Хр. гранулематозном картина четко очерченного разряжения костной ткани округлой формы. Иногда можно видеть деструкцию тканей зуба в области верхушки и гиперцементоз в боковых отделах корня. Хр. гранулирующий - очаг разряжения с изъеденными контурами, деструкцией цемента и дентина в области верхушки зуба. Обострение хронического периодонтита определяется формой воспаления предшествующему обострению, длительностью и остротой воспалительного процесса.

Клиника

- **При остром серозном периодонтите** появляются ноющие, нерезко выраженные боли в зубе, усиливающиеся при накусывании. Боли обычно не иррадируют и больные правильно указывают локализацию пораженного зуба. При длительном давлении на зуб (смыкании челюстей) боли несколько стихают. Припухлости мягких тканей нет. Регионарные лимфоузлы увеличиваются незначительно, слегка болезненны. Имеется небольшая подвижность зуба и положительная вертикальная перкуссия. При остром серозном периодонтите изменений на рентгенограмме нет, если же возникает обострение хронического периодонтита, то на рентгенограмме мы видим предшествующие патологические изменения. Общих изменений при остром серозном периодонтите нет, анализ крови тоже не дает достоверных отклонений от нормы.



С переходом серозного воспаления **в гнойную форму периодонтита** интенсивность болей нарастает. Они становятся острыми, пульсирующими, иррадируют по ходу ветвей тройничного нерва. Усиливаются в горизонтальном положении, при физической нагрузке, при воздействии тепла. Резкие боли возникают при любом прикосновении к зубу, который становится подвижным. Больной отмечает, что зуб как бы "вырастает". Рот больного полуоткрыт, т.к. сомкнуть зубы он не может из-за болей при прикосновении к больному зубу. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемированная, отечная, болезненная в пределах причинного зуба, может быть инфильтрированной. Появляется отек мягких тканей челюстно-лицевой области. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненные. На рентгенограмме при гнойном периодонтите изменений нет (периодонтальная щель не изменена, деструкция костной ткани не выявляется).

Острый гнойный периодонтит необходимо дифференцировать от острого пульпита. При пульпите боли острые, приступообразные, чаще ночью, перкуссия зуба менее болезненная, отсутствуют воспалительные изменения в околочелюстных мягких тканях. Помогает в проведении дифференциальной диагностики электроодонтометрия.

Клиническая картина **при хроническом периодонтите** в стадии обострения полностью повторяет клинику острого периодонтита, но заболевание у детей протекает более бурно, чем у взрослых. К. Анастасов объясняет это недостаточно развитыми нервно-рефлекторными механизмами детей и преобладанием гуморальных защитных факторов.

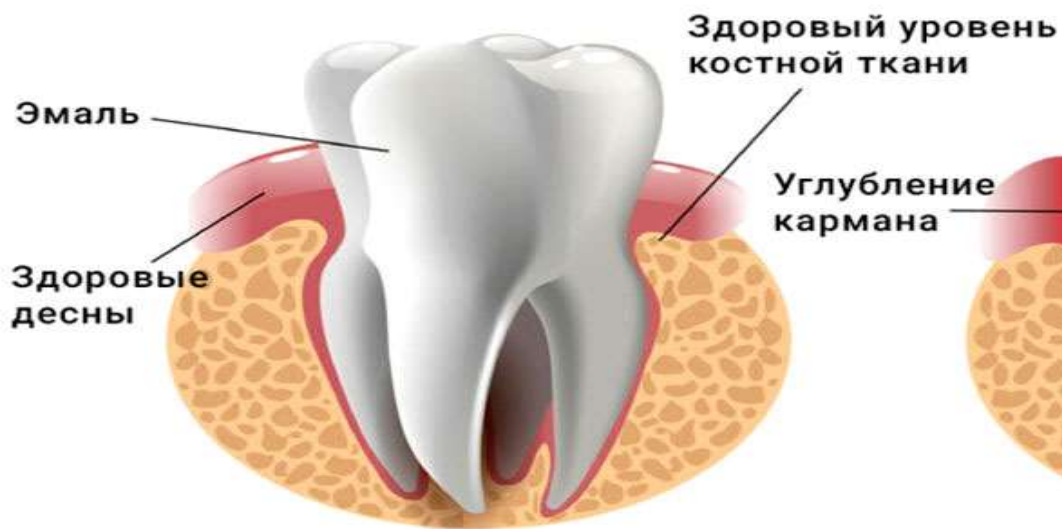
Воспалительный экссудат носит тот же характер, что и при остром периодонтите. Преобладают в нем нейтрофилы, главное значение которых состоит в активном фагоцитозе микроорганизмов в очаге инфекции, поэтому их еще называют макрофагами.

При обострении хронического периодонтита надо учитывать, что периодонт в области верхушки корня уже отсутствует и изменения происходят в губчатом веществе кости челюсти. По наблюдению Е.Е. Платонова, рентгенологическая картина при хроническом периодонтите и в стадии обострения его неодинакова. При обострении хронического периодонтита в кости вокруг четко выраженного старого очага появляется новый, меньшей интенсивности очаг разрежения.

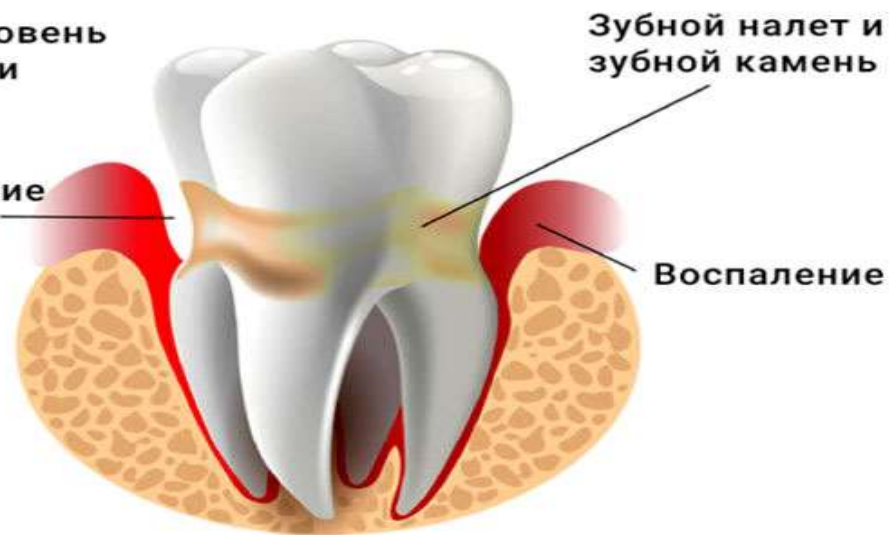
Выделяют три формы хронического периодонтита:

- фиброзный;
- гранулирующий;
- гранулематозный.

Здоровый зуб



Периодонтит



В основе **фиброзного периодонтита** лежит процесс замены поврежденных воспалением тканей периодонта грубоволокнистой (фиброзной) соединительной тканью. Это приводит в итоге к нарушению нормальной функции периодонта. Фиброзный периодонтит характеризуется длительным, бессимптомным, вялым течением. Болевые ощущения чаще всего отсутствуют, пациента почти ничто не беспокоит. Изредка возникают ноющие боли, которые проходят самостоятельно и могут длительное время не беспокоить. Выявить данную форму заболевания часто удастся только с помощью рентгеновского снимка. При этом на рентгенограмме контуры периодонта неровные, неравномерные. Периодонтальная щель расширяется за счет оттеснения ее фиброзными волокнами, а сам периодонт возле верхушки зуба утолщается.

Гранулирующий периодонтит характеризуется образованием грануляций (разрастаний) в периодонте. Грануляционная ткань отличается довольно быстрым ростом и способностью к разрушению окружающих тканей. Разрушению подвергается костная пластинка альвеолы. Грануляции прорастают в образовавшиеся костные дефекты, что сопровождается дальнейшим разрушением периодонтальной щели, проникновением грануляций в костный мозг челюсти и под слизистую оболочку альвеолы, что сопровождается образованием свищей. Отток продуктов воспаления через свищи формирует картину хронического воспаления с минимальным болевым синдромом. Однако в силу разрастания грануляций пациенты все же жалуются на ноющие боли непостоянного характера, а также болезненность зуба при постукивании по нему.

Диагноз легко выставить при появлении свищей или подкожных гранулем, в случае отсутствия столь выраженных проявлений помогает рентгенологическая диагностика. На рентгеновском снимке обнаруживают ярко выраженную деформацию щели периодонта, уменьшение плотности костных тканей, разрушение костной пластинки альвеолы с образованием неровных, как бы изъеденных краев.

Гранулематозный периодонтит характеризуется образованием соединительнотканной капсулы, заполненной грануляциями. Именно эта структура получила название гранулемы. Ее клиническое течение менее активно, чем при гранулирующем периодонтите, но более активно, чем при фиброзном. Рост грануляций и разрастание гранулемы приводят к увеличению давления на костную ткань альвеолы и постепенному ее разрушению, расплавлению, оттеснению. Дефект хорошо выявляется с помощью рентгеновского снимка. Костный дефект постепенно превращается в кистогранулему, а затем в кисту, растущую от верхушки зуба в сторону костной ткани, которая обычно требует хирургического лечения. Течение процесса достаточно медленное, поэтому часто остается бессимптомным. Однако дальнейший рост кисты часто становится причиной патологических переломов костей и других осложнений. Крайне скудная симптоматика затрудняет диагностику без применения рентгенологических методов.

Лечение

Лечение включает пломбирование и противовоспалительную терапию. Прежде, чем начать терапию, обязательно назначается рентгеновская диагностика для оценки состояния корней. Сложнее лечить детские зубы с незаконченным формированием корней.

Корни зубов имеют разную длину по мере роста ребенка. Каналы широкие, а верхушка (корневое отверстие) еще не до конца сформированная, поэтому остается открытой. Это усложняет пломбирование и повышает риск ошибок.

Пломбируют корневые каналы зуба гидроокисью кальция, обладающей сильным бактерицидным эффектом. Она создает плотный минерализованный барьер между здоровыми тканями и воспаленным периодонтом.

Консервативные методы

При малейшей возможности спасти зуб, применяется щадящее консервативное лечение. Эндодонтическое лечение подразумевает многократную обработку корневых каналов.

Первое посещение

- Обезболивание.
- Вычищение кариозной полости бормашиной, удаление размягченного дентина (костной зубной ткани).
- Расширение устья корневых каналов с помощью специального ручного инструмента.
- Удаление «мертвой» пульпы – сосудисто-нервного пучка внутри полости.
- Расширение канала и его механическая чистка.
- Промывание полости раствором антисептика – гипохлорита натрия или хлоргексидина биглюконата.
- Вскрытие верхушечного (корневого) отверстия для оттока экссудата.
- Заполнение канала противовоспалительным лекарством: для постоянных зубов – паста на основе гидроокиси кальция, для временных – паста на масляной основе.

В таком состоянии врач оставляет зуб на некоторое время – от 2-х до 10-ти дней. В промежуточный период назначается полоскание рта антисептическими растворами (Хлоргексидином, Мирамистином), реже – прием антибиотиков.

Второе посещение

- Механическая чистка канала, удаление лекарства.
- Промывание антисептиком.
- Установка постоянной пломбы – герметическое закрытие полости гуттаперчей, гидроксиаполлом или другим материалом.

Заключение

Периодонтит является наиболее опасным осложнением кариозного процесса. В этом случае воспалительный процесс распространяется не только на ткани зуба, но и на костную ткань вокруг верхушек корней зубов. По степени повреждения различают фиброзную форму периодонтита, гранулёму, кисту.

Случается и так, что зуб приходится удалять, например, когда канал корня очень узкий, и отток воспаленной жидкости, и лечение через него невозможны. Но чаще хирургическое вмешательство при периодонтите сводится к удалению воспаленной верхушки корня зуба, что позволяет спасти весь зуб. Такая же операция необходима, если нелеченный периодонтит привел к возникновению кисты или кистогранулемы, когда ткани около верхушки зуба разрушаются с образованием полости, которая может увеличиваться и дальше разрушать костную ткань вокруг.

Литература

1. Барер, Г. М. Терапевтическая стоматология / Г. М. Барер - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2005. - Ч.3. – 288 с.
2. Боровский, Е. В. Терапевтическая стоматология / Е. В. Боровский - М.: МЕДпресс, 2001.- 309 с.
3. Виноградова, Т. Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей / Т. Ф. Виноградова - М.: Мед. Пресс-информ, 2007. – 157 с.
4. Дмитриева, Л. А. Терапевтическая стоматология / Л. А. Дмитриева - М.: Мед. пресс-информ, 2007. – 420 с.
5. Курякина, Н. В. Терапевтическая стоматология детского возраста / Н. В. Курякина - М.: «Медицинская книга», 2004. – 564 с.
6. Персин, Л. С. Стоматология детского возраста / Л. С. Персин, В. М. Елизарова // 5-е изд.-М.: Медицина, 2003 - 413 с.
7. Хоменко, Л. А. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л. А. Хоменко - К.: Книга Плюс, 2007. – 154 с.

Спасибо за внимание