

Эндодонтические заболевания



Выполнила:
Студентка 5 курса
группы 031121
Лучникова Д.В.

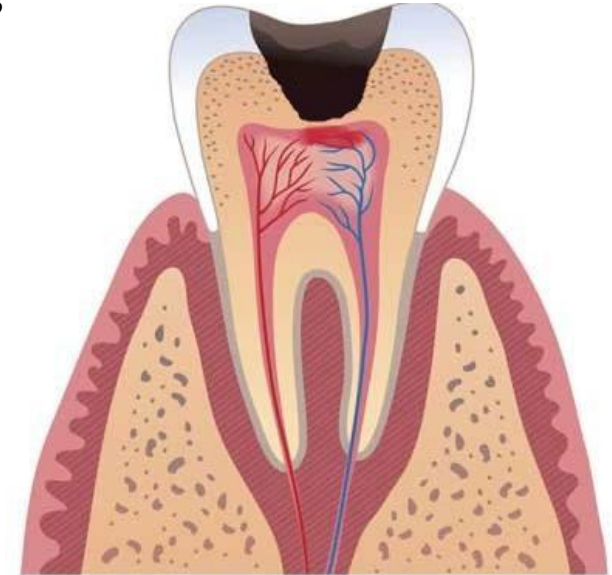
- **К04 Болезни пульпы и периапикальных тканей**
- **К04.0 Пульпит**
 - К04.00 Начальный (гиперемия)
 - К04.01 Острый
 - К04.02 Гнойный (пульпарный абсцесс)
 - К04.03 Хронический
 - К04.04 Хронический язвенный
 - К04.05 Хронический гиперпластический (пульпарный полип)
 - К04.08 Другой уточненный пульпит
 - **К04.09 Пульпит неуточненный**
- **К04.1 Некроз пульпы**
 - **Гангрена пульпы**
- **К04.2 Дегенерация пульпы**
 - Дентикли, петрификация пульпы
- **К04.3 Неправильное формирование твердых тканей в пульпе**
 - Вторичный или иррегулярный дентин
- **К04.4 Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения**
 - **Острый апикальный периодонтит**
- **К04.5 Хронический апикальный периодонтит**
 - **Апикальная гранулема**
- **К04.6 Периапикальный абсцесс со свищом**
 - К04.60 Имеющий сообщение (свищ) с верхнечелюстной пазухой
 - **К04.61 Имеющий сообщение (свищ) с носовой полостью**
 - К04.62 Имеющий сообщение (свищ) с полостью рта
 - **К04.63 Имеющий сообщение (свищ) с кожей**
 - К04.69 Периапикальный абсцесс со свищом неуточненный
- **К04.7 Периапикальный абсцесс без свища**
- **К04.8 Корневая киста**
 - К04.80 Апикальная и боковая
 - **К04.81 Остаточная**
 - К04.82 Воспалительная парадентальная
 - К04.89 Корневая киста неуточненная
- **К04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей**



МКБ-10
международный
классификатор
болезней

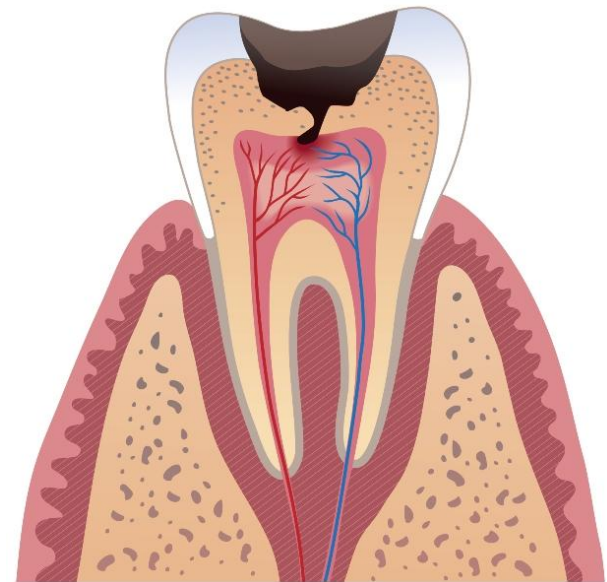
Пульпит начальный (гиперемия)

- Жалобы на быстропроходящие боли от механических, температурных и химических раздражителей, возникшие 2-3 дня назад. Нет самопроизвольных болей, но есть «ощущение зуба».
- Осмотр: глубокая кариозная полость, отмечается чувствительность при зондировании. Реакция на воздействие температурных (холодовых) раздражителей держится несколько секунд. Ранее зуб не болел.
- Патогенез: изменения в пульпе могут ограничиться только расширением сосудов. Возможно лечение биологическими методами с наложением на дно кариозной полости лечебной прокладки с $\text{Ca}(\text{OH})_2$ (непрямое покрытие пульпы).
- Дифференциальная диагностика проводится с глубоким кариесом.



Острый очаговый пульпит (пульпит острый)

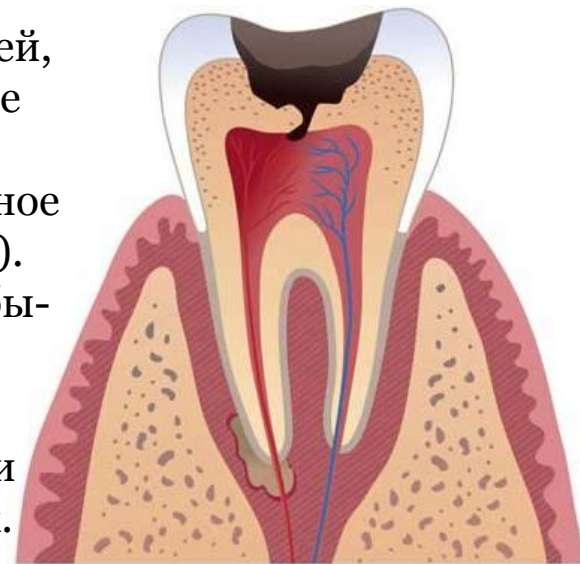
- Жалобы на длительные боли от механических, температурных и химических раздражителей, ночные, самопроизвольные боли, периодические боли – чередование болевых и безболевых периодов. Болевые периоды (5-12 мин) короче безболевых (несколько часов), т.к. в воспалительный процесс вовлечена только часть пульпы. Боль локализованная, пациент четко может указать больной зуб.



- Осмотр: глубокая кариозная полость, зондирование болезненно по дну в месте проекции пораженного участка пульпы. Раздражители вызывают длительный болевой приступ. ЭОД на бугре в проекции пораженного участка пульпы 25-40 мкА, на других буграх – в пределах нормы.
- Дифференциальная диагностика проводится с глубоким кариесом, с острым диффузным пульпитом.

Острый диффузный пульпит (пульпит гнойный)

- Жалобы на продолжительные интенсивные боли от механических, температурных и химических раздражителей, ночные и дневные боли, иррадиация болей, периодические боли – чередование болевых и безболевых периодов. Возможно усиление приступов от теплого и кратковременное прекращение от холодного (признак гнойного воспаления). Боли могут иррадиировать в висок, ухо, соседние зубы, зубы-антагонисты.
- Осмотр: глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина, дно и стенки полости размягченные, зондирование болезненно по всему дну, т.к. в процесс вовлечена вся пульпа. Перкуссия чувствительна, но может быть безболезненна. Изменения со стороны периодонта чаще всего отсутствуют, но при несформированной верхушке корня наблюдаются: болезненность при перкуссии, гиперемия слизистой оболочки по переходной складке.

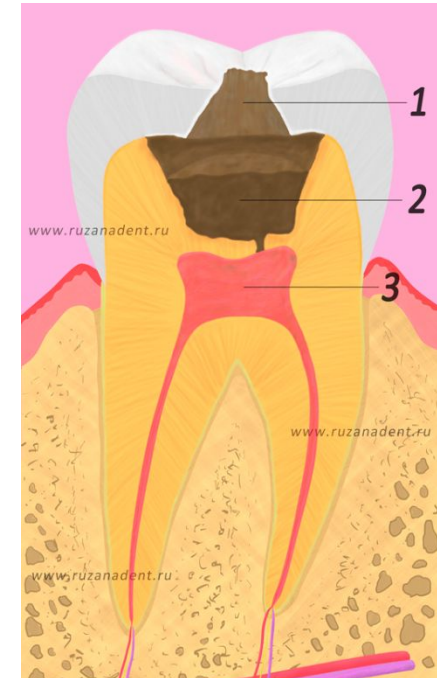


Показатели ЭОД 35 мкА при вовлечении коронковой пульпы, 50 мА при вовлечении всей пульпы.

Дифференциальная диагностика проводится с невралгией, острым очаговым пульпитом.

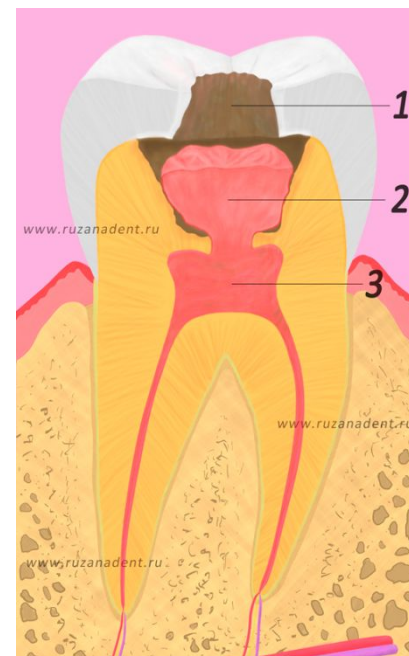
Хронический фиброзный пульпит (пульпит хронический)

- Жалобы на длительные ноющие боли, особенно при переходе из помещения на улицу. Сильные боли несколько недель назад. Сейчас боли меньшей интенсивности.
- Осмотр: глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина, полость зуба не вскрыта. Зондирование болезненно. При воздействии температурного раздражителя возникает длительная ноющая боль, которая постепенно затихает. Со стороны периодонта реакция не наблюдается, но на рентгенограмме возможны деструктивные изменения в костной ткани в области верхушки корня. ЭОД от 50 мкА.
- Дифференциальная диагностика проводится с кариесом и лицевыми болями.



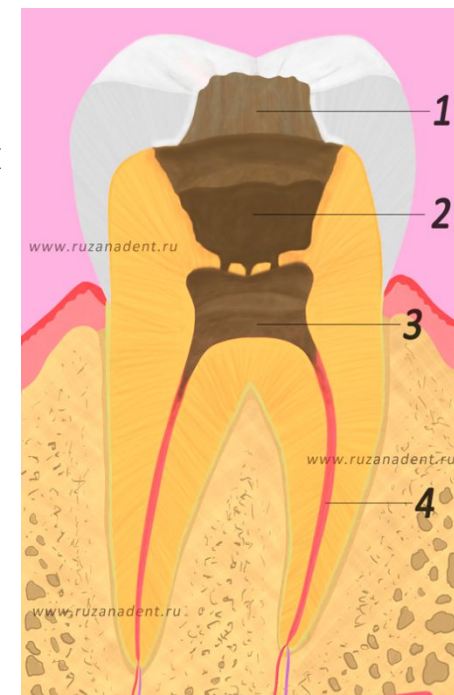
Пульпит хронический гипертрофический (пролиферативный пульпит, пульпарный полип).

- Жалобы на сильные самопроизвольные боли в прошлом. Сейчас возникают боли от попадания пищи, пациент не жует на стороне больного зуба.
- Осмотр: кариозная полость заполнена разрастаниями пульпы. Дотрагивание до разрастаний зондом вызывает боль, кровоточивость. На рентгенограмме видны значительные разрушения коронки зуба, возможны деструктивные изменения в костной ткани в области верхушки корня.
- Патогенез: в пульпе наблюдается разрастание волокнистых структур, гиалиноз коллагеновых волокон, следы кровоизлияний, возможно прорастание эпителиальных клеток из слизистой оболочки десны.
- Дифференциальная диагностика: проводится с разрастаниями из бифуркации при перфорации дна полости зуба (в процессе коагуляции разрастания), с разрастаниями десны при наличии кариозной полости II класса по Блэку.



Пульпит хронический язвенный (гангренозный)

- Жалобы на ноющие боли от раздражителей, самопроизвольные ноющие боли, в прошлом – более интенсивные ноющие боли от всех видов раздражителей.
- Осмотр: глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина, зондирование болезненно на разных уровнях канала (зависит от длительности течения процесса, характера изменений в пульпе). Возможны деструктивные изменения в периодонте.
- Патогенез: в пульпе обнаруживаются очаги распада тканей, отделенные от подлежащей воспаленной пульпы демаркационным валом из грануляционной ткани. Образованию участков некроза предшествует формирование микроабсцессов пульпы и зон лейкоцитарной инфильтрации в подлежащем слое.
- Дифференциальная диагностика: проводится с некрозом пульпы (на основании обнаружения живой пульпы в канале).



Острый серозный периодонтит

- Симптомы: поначалу боль может носить самопроизвольный характер, что связано с тем, что накапливающийся в периодонте воспалительный экссудат локализован в замкнутом пространстве, и поэтому он сдавливает нервные окончания. Боль резко усиливается при накусывании на зуб.
- Именно отек периодонта связан с жалобами пациентов на чувство удлинения причинного зуба, и его преждевременное смыкание с зубами антагонистами другой челюсти. Отек действительно приводит к тому, что причинный зуб немного вертикально выдвигается.
- Может быть незначительный отек мягких тканей лица в проекции причинного зуба, но при его пальпации (прощупывании) он как правило безболезненен. Так как пульпа при развитии периодонтита, как правило, уже мертва, то зондирование кариозной полости обычно безболезненно. На рентгенограмме на этой стадии развития воспаления еще нет каких-либо изменений.

Острый гнойный периодонтит

- Симптомы: примерно через два дня серозная стадия воспаления переходит в гнойную. С этим связано значительное усиление симптоматики. Болевые ощущения принимают характер пульсирующих болей с редкими безболевыми промежутками.
- В результате того, что гной расплавляет периодонт (связочный аппарат зуба) – зуб становится подвижным. Может возникнуть значительный отек мягких тканей лица. Десна в области причинного зуба, как правило, резко болезненна при надавливании. На рентгенограмме по прежнему каких-либо значимых изменений не наблюдается.
- Стадии развития острого гнойного периодонтита:
 - Периодонтальная стадия – гнойный процесс ограничивается областью периодонтальной щели, т.е. возникает микроабсцесс. Клинически это может соответствовать появлению чувство выросшего зуба.
 - Эндооссальная стадия – гной проникает в костную ткань и инфильтрирует ее.
 - Субпериостальная стадия – гной накапливается под надкостницей. Клинически проявляется выраженным отеком десны, мягких тканей лица, выраженными болями. Пациенты называют это флюсом десны.
 - Субмукозная стадия – происходит разрушение надкостницы и гной выходит в мягкие ткани. После прорыва надкостницы боли сразу стихают, т.к. напряжение в очаге гнойного воспаления уменьшается. Но при этом увеличивается отек мягких тканей лица.

Хронический фиброзный периодонтит

- Характеризуется тем, что волокна периодонта (связочного аппарата зуба, который связывает зуб с костью) постепенно замещаются соединительной фиброзной тканью. Периодонтит хронический фиброзный крайне скуден на симптоматику, и болевые ощущения могут отсутствовать полностью.
- Поставить диагноз порой можно только на основе рентгеновского снимка. Если на рентгенограмме нормальный периодонт определяется в виде узкой равномерной полоски между корнем зуба с одной стороны, и альвеолой кости с другой, то при фиброзном периодонтите наблюдается порой значительное расширение периодонтальной щели.



Хронический гранулирующий периодонтит

- Это самая активная из форм хронических периодонтитов. Она характеризуется появлением в области верхушек корней – грануляционной ткани, которая визуально выглядит как рыхлая зернистая ткань красного цвета. Грануляционная ткань обладает способностью к быстрому росту, что приводит к активному разрушению кости и замещению ее грануляционной тканью.

Симптоматика: пациенты жалуются на боли ноющего характера, которые периодически обостряются. Накусывание на зуб и постукивание по нему вызывают умеренную болевую реакцию. На десне в проекции причинного зуба может существовать свищ, из которого будет выделяться скудное гнойное отделяемое.

На рентгеновском снимке: имеются значимые изменения. В проекции верхушек корней зубов определяются затемнения неправильной формы, с пламяобразными очертаниями. Такие затемнения говорят о том, что в данных участках костная ткань резорбировалась (рассосалась) и заместились грануляционной тканью.



Хронический гранулематозный периодонтит

- Периодонтальный абсцесс при хроническом гранулематозном периодонтите напоминает мешочек из плотной слизистой оболочки, заполненный гноем. В зависимости от размера такого гнойного мешочка – принято различать следующие 3 разновидности данной формы периодонтита:
- **Гранулема** – имеет размеры до 0,5 см в диаметре.
- **Кистогранулема** – имеет размеры от 0,5 до 1-го см в диаметре.
- **Киста** – диаметр образование на верхушке корня превышает 1 см.

По мере роста гранулема превращается сначала в кистогранулему. Рост происходит за счет постоянного увеличения количества гноя внутри оболочки, что приводит к увеличению давления гранулемы/кистогранулемы на окружающую костную ткань, которая под воздействием давления рассасывается. В результате кистогранулема занимает новое пространство. И далее все по новой.



Спасибо за внимание!