

Одонтогенные воспалительные заболевания полости рта

Учебное пособие

Под редакцией профессора Э.А. Базикяна

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования»
в качестве учебного пособия для использования в учебном процессе
образовательных учреждений, реализующих программы высшего
образования по специальности 31.05.03 «Стоматология»

Регистрационный номер рецензии 351 от 01 ноября 2016 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

ТЕМА 2. ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ

Учебные цели

- Научиться диагностировать различные формы хронического верхушечного периодонтита.
- Научиться оказывать неотложную помощь при обострившемся хроническом периодонтите.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения темы

- Особенности анатомического строения отдельных групп зубов верхней и нижней челюсти.
- Физиологические особенности периодонтита.
- Морфологическая характеристика хронического воспаления.

Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика различных форм хронического периодонтита

Хронический периодонтит возникает вследствие перехода острого процесса в хронический. Заболевание может формироваться, минуя острую стадию, и встречается чаще, чем острый: диагностируемый острый периодонтит при углубленном обследовании оказывается обострившимся хроническим периодонтитом.

Морфологическая и клиническая картина хронических периодонитов разнообразна. Различают гранулирующий, гранулематозный и фиброзный периодонтит. Установлено, что многие случаи хронического гранулирующего и гранулематозного периодонтита связаны с несвоевременным и неполным эндодонтическим лечением.

Гранулирующий периодонтит

Патологическая анатомия. Макроскопически при этой форме хронического периодонтита в верхушечной части корня зуба обнаруживают значительное утолщение корневой оболочки. Поверхность измененного участка периодонта неровная и представляет собой разрастания фиброзных грануляционных тканей (рис. 2.1).

При микроскопическом исследовании тканей околовверхушечной области выявляют разрастание грануляционной ткани в участке верхушки корня, постепенно увеличивающееся и распространяющееся на прилежащие отделы периодонта и стенку альвеолы. Распространение патологического процесса сопровождается рассасыванием костной ткани в окружности воспалительного очага и замещением ее гра-

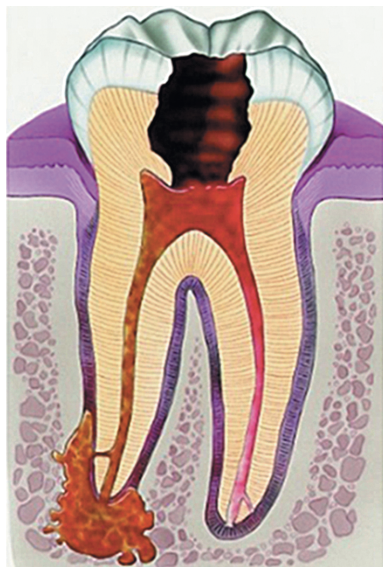


Рис. 2.1. Хронический гранулирующий периодонтит

нуляционной тканью. Синхронно происходит резорбция участков цемента и дентина корня. По периферии воспалительного очага в некоторых участках увеличивается объем костной ткани. Часто в центральных отделах околоверхушечного очага, особенно при обострении, возникают отдельные участки гнойного расплавления грануляционной ткани. В результате обострений воспалительного процесса гранулирующий очаг в периодонте постепенно распространяется на новые участки альвеолы, в основном в сторону преддверия рта, что в некоторых случаях приводит к образованию узур в компактной пластинке альвеолярного отростка. Отток гноя и прорастание грануляций способствуют формированию свищевого хода.

Клиническая картина. Гранулирующий периодонтит — наиболее агрессивная форма хронического периодонтита, имеющая весьма многообразные клинические проявления.

Жалобы при гранулирующем периодонтите различны. Чаще больные жалуются на болезненность при приеме твердой и горячей пищи, иногда боль усиливается при давлении на зуб.

Гранулирующий периодонтит часто протекает с обострениями различной интенсивности. Активность воспалительного процесса проявляется периодическими болями в зубе при жевании.

Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области верхушки корня зуба с гранулирующим очагом в периодонте, слегка отечна и гиперемирована; при надавливании инструментом на десну остается отпечаток.

При вовлечении в патологический процесс прилежащих мягких тканей на слизистой оболочке формируется свищевой ход. Чаще он расположен на уровне верхушки пораженного зуба в виде точечного отверстия или небольшого участка выступающих грануляций. Обычно свищевой ход на время закрывается, а при очередном обострении на

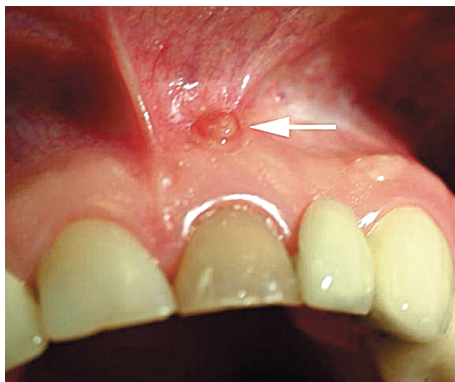


Рис. 2.2. Клиническая картина гранулирующего периодонтита

месте бывшего свища появляются припухание и гиперемия слизистой оболочки, образуется небольшое скопление гноя, изливающегося затем в полость рта (рис. 2.2). После адекватного эндодонтического лечения хронического гранулирующего периодонтита на месте зажившего свища можно обнаружить небольшой рубец.

При прорастании хронического гранулирующего очага из периодонта под надкостницу и в мягкие ткани, окружающие челюсти, образуется одонтогенная гранулема (поднадкостничная, подслизистая или подкожная).

Клиническое течение гранулирующего периодонтита, осложненно-го одонтогенной гранулемой, более спокойное. Жалоб на боль в зубе или очаге в мягких тканях обычно не бывает.

При поднадкостничной одонтогенной гранулеме наблюдается выбухание кости альвеолярного отростка соответственно пораженному зубу, чаще имеющее округлую форму. Слизистая оболочка над этим участком обычно не изменена, иногда выявляют незначительные воспалительные явления (рис. 2.3).

Подслизистая одонтогенная гранулема имеет вид ограниченного плотного очага, расположенного в подслизистой ткани переходной складки или щеки в непосредственной близости от причинного зуба. Обычно такой очаг связан с зубом с помощью соединительнотканного тяжа. Слизистая оболочка над очагом с ним не спаяна. Нередко происходит обострение процесса с нагноением подслизистой гранулемы. При этом появляются боли в очаге поражения. Слизистая оболочка спаивается с подлежащими тканями, появляется выраженная гиперемия. Абсцедирование подслизистого очага с выходом содержимого на-

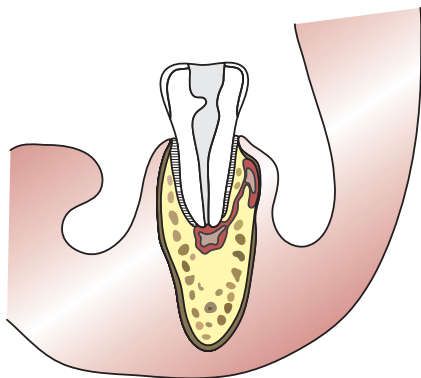


Рис. 2.3. Поднадкостничная одонтогенная гранулема

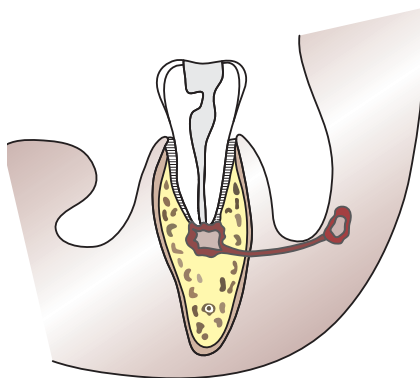


Рис. 2.4. Подслизистая одонтогенная гранулема

ружу через образовавшийся свищ, как правило, приводит к обратному развитию процесса. Свищевой ход чаще рубцуется, и развитие подслизистой гранулемы снова принимает спокойное течение (рис. 2.4).

Для подкожной гранулемы характерно формирование округлого, плотного, безболезненного или малоболезненного инфильтрата в подкожной клетчатке. От зубной альвеолы к очагу в мягких тканях идет соединительнотканый тяж. Подкожная гранулема может нагнаиваться. В таких случаях кожа спаивается с подлежащими тканями, приобретает интенсивно-розовый или красный цвет, появляется

участок размягчения с признаками флюктуации. Абсцедирующий очаг вскрывается наружу, прорывая истонченный участок кожи. Через образовавшийся свищевой ход содержимое изливается наружу (рис. 2.5).

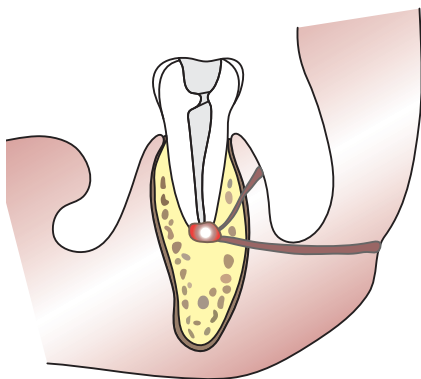


Рис. 2.5. Подкожная одонтогенная гранулема

Локализация таких свищей зависит от того, в каком зубе протекает патологический процесс. Свищевые ходы на подбородке возникают при хроническом гранулирующем периодонтите нижних резцов и клыка (рис. 2.6), в области щеки и у основания ниж-

ней челюсти — нижних больших коренных зубов, в скуловой области — при поражении первого верхнего большого коренного зуба, у внутреннего угла глаза — верхнего клыка. Очень редко свищи открываются на коже нижних отделов шеи.

Выделения из имеющихся свищевых ходов незначительны. Они серозно-гнойные или кровянисто-гнойные. Часто из устья свищевого хода выбухают грануляции, отверстие хода иногда закрыто кровянистой корочкой. На некоторое время свищ может эпителизироваться.

В результате рубцовых изменений тканей в окружности свищевого хода устье свища втягивается и оказывается в воронкообразном углублении кожи.

Нелегко распознать, с патологическим процессом какого именно зуба связан свищевой ход на коже. Затруднения встречаются, например, при наличии хронических очагов в периодонте нескольких рядом стоящих зубов. В некоторых случаях при пальпации наружной поверхности альвеолярного отростка или челюсти можно обнаружить плотный рубцовый тяж в области переходной складки на уровне того или иного зуба. Это значительно упрощает диагностику. Рентгенография с контрастным веществом, введенным через свищевой ход, может подтвердить клиническое предположение.

Диагноз основан на клинической картине и рентгенологических данных. На рентгенограмме при гранулирующем периодонтите обнаруживают типичные изменения — очаг разрежения костной ткани в области верхушки корня. Линия периодонта в этом отделе не видна из-за инфильтрирующего роста грануляционной ткани, приводящего к рассасыванию стенок лунки, а также цемента и дентина корня. Поверхность их становится неровной. Компактная пластинка стенки альвеолы прослеживается лишь в боковых отделах (рис. 2.7).

Дифференциальная диагностика. Гранулирующий периодонтит следует дифференцировать от околокорневой кисты, хронического остео-



Рис. 2.6. Свищевой ход на подбородке

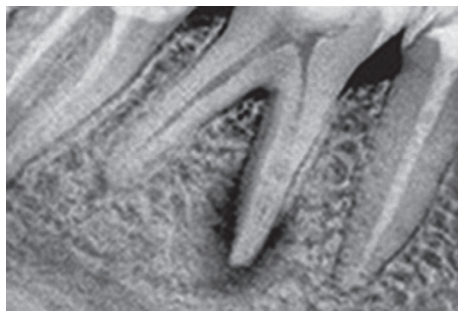


Рис. 2.7. Рентгенологическая картина хронического гранулирующего периодонтита

миелита челюстей, свищей лица и шеи, специфических заболеваний. При гранулирующем периодонтите с поднадкостничной гранулемой, как и при околокорневой кисте, есть выбухание альвеолярного отростка. Однако при кисте зубы смещены, иногда отсутствует кость в области выбухания, а на рентгенограмме выявляют очаг резорбции кости значительных размеров с четкими ровными контурами.

Наличие свища на лице или слизистой оболочке полости рта, гноеечение из него обуславливают сходство гранулирующего периодонтита и ограниченного хронического остеомиелита челюсти. Однако одонтогенный остеомиелит челюсти всегда начинается с острой стадии, сопровождаемой симптомами интоксикации; в хронической стадии на рентгенограмме обнаруживают очаги резорбции кости и контуры секвестров.

Свищи на лице и шее при гранулирующем периодонтите могут напоминать бранхиогенные образования. Правильной диагностике помогают зондирование свища, рентгенография зуба, фистулография бранхиогенного свища.

Свищи при хроническом гранулирующем периодонтите сходны со свищами лица и шеи, образуемыми при специфических заболеваниях — актиномикозе, туберкулезе, сифилисе. Однако свищ при хроническом периодонтите одиночный, а при актиномикозе свищи расположены в центре разлитых или отдельных мелких инфильтратов. В дифференциальной диагностике помогают серологические и иммунологические исследования, а также исследование отделяемого свища, в ходе которого при актиномикозе находят друзы актиномицетов.

Гранулематозный периодонтит (гранулема)

Эта форма околоверхушечного хронического воспалительного процесса часто развивается из гранулирующего периодонтита.

Патологическая анатомия. Макроскопически обнаруживают разрастание грануляционной ткани в окружности верхушки корня. По пери-

ферии грануляционная ткань созревает, образуя фиброзную капсулу, и формируется гранулема.

В апикальной части корня, непосредственно прилегающей к разращениям грануляционной ткани, обнаруживают участки рассасывания цемента и дентина. На участках корня, соприкасающихся с капсулой гранулемы, нередко выявляют новообразование цемента (рис. 2.8).

В зависимости от строения различают следующие виды гранулемы:

- простая, состоящая из элементов соединительной (грануляционной) ткани;
- эпителиальная, в которой между участками грануляционной ткани находятся тяжи эпителия;
- кистевидная, содержащая выстланные эпителием полости.

Клиническая картина. Течение гранулематозного периодонтита бывает различным. Нередко гранулема долго не увеличивается или растет крайне медленно. При этом для пациентов это проходит бессимптомно, никаких жалоб они не предъявляют. Как правило, при рентгенологическом исследовании обнаруживают гранулематозный очаг.

При осмотре на поверхности альвеолярного отростка соответственно проекции верхушки корня в результате происходящей перестройки костной ткани можно обнаружить небольшое безболезненное взбухание без четких границ (рис. 2.9).

У некоторых больных гранулема постепенно увеличивается, что связано с обострениями воспалительного процесса и изменениями в ткани гранулемы: гиперемией, отеком и абсцедированием. При обострении хронического процесса нарушается целостность капсулы гранулемы, а по периферии в тканях возникают реактивные воспалительные и дистрофические процессы с преобладанием резорбции стенок альвеолы. Клиническая картина может быть различной. У одних пациентов возникает некоторая чувствительность, а ино-

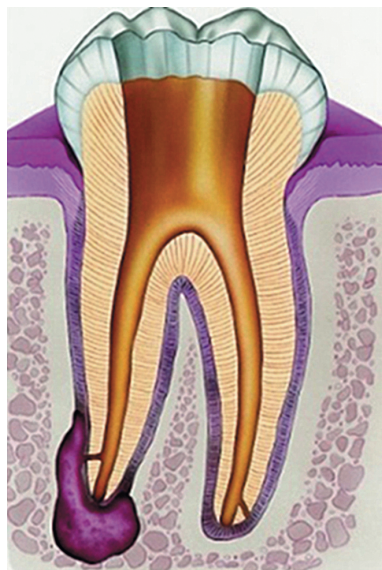


Рис. 2.8. Хронический гранулематозный периодонтит

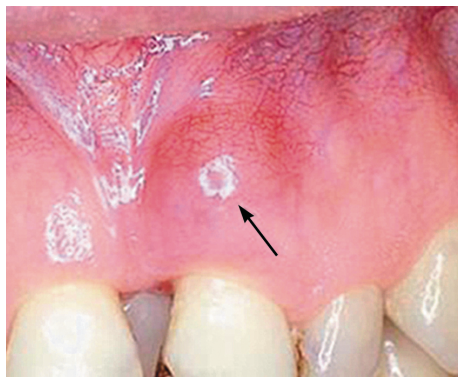


Рис. 2.9. Клиническая картина хронического гранулематозного периодонтита

гда и болезненность при перкуссии и надавливании на зуб, у других — появляются симптомы обострения хронического периодонтита. В дальнейшем по мере стихания воспаления вокруг увеличившегося околоверхушечного воспалительного очага вновь образуется капсула.

Диагноз можно поставить на основании клинических данных, но чаще используют рентгенографию. На рентгенограмме при гранулематозном периодонтите в околоверхушечной области выявляют округлый очаг разрежения костной ткани с четкими ровными границами (рис. 2.10). При правильно и своевременно проведенном лечении на месте гранулематозного очага обнаруживают изменения, характерные для фиброзного периодонтита, или выявляют участок склерозированной костной ткани альвеолы.

Дифференциальная диагностика. Хронический гранулематозный периодонтит следует дифференцировать от околокорневой (радикулярной) кисты, особенно в случае выбухания альвеолярного отростка. На рентгенограмме при гранулематозном периодонтите обнаруживают

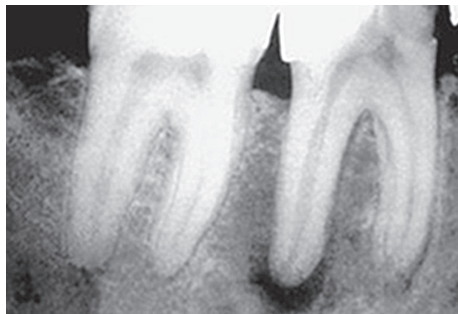


Рис. 2.10. Рентгенологическая картина хронического гранулематозного периодонтита

участок резорбции кости диаметром 5—7 мм, в то время как при кисте виден более крупный очаг резорбции кости с четкими границами.

Фиброзный периодонтит

При проведении лечебных мероприятий, а иногда и самопроизвольно, может произойти рубцевание гранулирующего или гранулематозного очага в периодонте с восстановлением на этом участке костной ткани. При этом в окружности верхушки корня образуется ограниченный воспалительный очаг вследствие разрастания фиброзной ткани — фиброзный периодонтит.

Патологическая анатомия. Макроскопически при фиброзном периодонтите участок периодонта удаленного зуба выглядит утолщенным и плотным. Утолщенные участки корневой оболочки в области локализации патологического процесса, как правило, имеют бледно-розовую окраску. Эти изменения оболочки корня захватывают в некоторых случаях лишь окружность его верхушки, иногда процесс бывает диффузным и распространяется на весь периодонт. Очень часто фиброзный периодонтит сопровождается избыточным образованием цемента.

При микроскопическом исследовании обнаруживают пучки грубоволокнистой соединительной ткани, между которыми изредка встречаются очажки круглоклеточной инфильтрации. Среди фиброзной ткани можно обнаружить участки грануляционной ткани различных размеров. На участках корня, ранее подвергшихся резорбции, есть отложения вторичного цемента.

Клиническая картина. При фиброзном периодонтите больные обычно жалоб не предъявляют. При жевании или перкуссии повышение чувствительности зуба или болевые ощущения отсутствуют. При обследовании полости рта можно обнаружить зуб с глубокой кариозной полостью и некротизированной пульпой.

В редких случаях обострения процесса появляется болезненность при жевании. Перкуторное исследование коронки причинного зуба может быть слабоболезненным.

Диагноз ставят на основании данных рентгенографии. На рентгенограмме выявляют расширение щели периодонта, преимущественно у верхушки корня зуба. Иногда в результате гиперцементоза обнаруживают значительное утолщение верхушечного участка корня. Костная пластинка, ограничивающая расширенную линию периодонта, нередко утолщена, склерозирована (рис. 2.11). Дифференциальную диагностику проводят по рентгенологической картине.

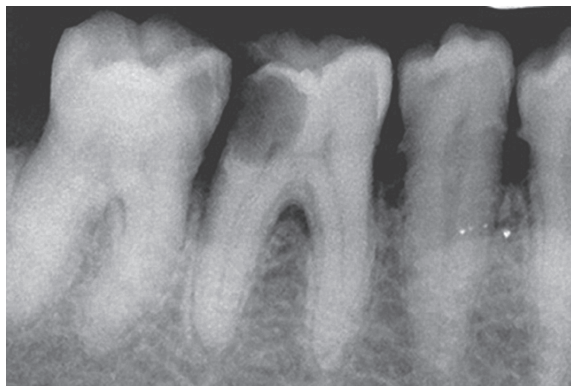


Рис. 2.11. Рентгенологическая картина хронического фиброзного периодонтита

Диагностический алгоритм при хроническом периодонтите представлен в табл. 2.1.

Таблица 2.1. Ориентировочный алгоритм действий врача при диагностике хронического периодонтита

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Данные патогенеза
Опрос	Наличие разрушенного или запломбированного зуба; интактного, но измененного в цвете	Пролиферативный процесс в периодонте
Местные жалобы	Выделения из свищевого хода на десне или на коже лица; образование ограниченной припухлости на десне или на лице	Распространение пролиферативного процесса из периодонта через узуру в кости при хроническом периодонтите
	Периодически возникающая боль при накусывании на зуб	Обострение хронического воспаления в периодонте
Общие жалобы	Связаны с общими заболеваниями	Патология различных органов и систем организма
Анамнез заболевания	Зуб постепенно разрушался, болел, не был пролечен, затем перестал болеть	Хроническое воспаление верхушечного периодонта
	Зуб ранее был пролечен, периодически появлялась боль при накусывании на этот зуб	

Продолжение табл. 2.1

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Данные патогенеза
	Зуб не лечен (или ранее лечен), периодически болел при накусывании. Позже образовались свищ или ограниченная припухлость на десне или на коже лица	Распространение грануляционной ткани за пределы верхушечного периодонта
	Зуб ранее лечен, не беспокоит. При рентгенографии по поводу заболевания соседнего зуба обнаружена деструкция кости у верхушки корня ранее пролеченного зуба	Хроническое воспаление верхушечного периодонта
	Коронка зуба почти полностью разрушилась, зуб не беспокоит. Полость рта готовят к ортопедическому лечению	
	Зуб был запломбирован, постепенно разрушался, на десне или на коже лица образовался свищ, из которого выделяется гной	
	Была острая или хроническая травма зуба без нарушения его целостности	Некроз пульпы, развитие хронического воспаления периодонта
	Зуб ранее лечен, периодически после переохлаждения появляется боль при накусывании. После тепловых полосканий боль проходит	Обострение хронического воспаления в периодонте зуба
Анамнез жизни (обратите внимание на перенесенные заболевания и аллергический статус)	Условия труда и быта	Влияют на общую реактивность организма
	Сердечно-сосудистые, нервно-психические, инфекционные, аллергические заболевания	Способствуют снижению неспецифической резистентности организма
Общее состояние больного	Общее состояние не нарушено	Ограниченный хронический воспалительный процесс

Продолжение табл. 2.1

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Данные патогенеза
Местное обследование (осмотр и пальпация) внеротовое	Конфигурация лица не изменена	Хронический воспалительный очаг в периодонте
	На коже лица виден втянутый свищевой ход, из которого периодически выделяется гной	Распространение хронического гранулирующего очага из периодонта за пределы костной ткани к коже лица
	В околочелюстных мягких тканях обнаружен округлой формы плотный, безболезненный (или малоболезненный), спаянный с кожей инфильтрат. Кожа над ним синюшного цвета или слегка гиперемирована	Распространение гранулирующего периодонтита через узору костной стенки альвеолярного отростка в прилегающие мягкие ткани. Образование подкожной гранулемы
	Открытие рта свободное	Воспалительный процесс не распространяется на жевательные мышцы
Местное обследование (осмотр и пальпация) внутриротовое	Десна в области верхушки корня разрушенного или запломбированного зуба отечна, при надавливании на нее инструментом остаются покраснение и отпечаток	Хронический гранулирующий периодонтит
	Свищевой ход на десне на уровне верхушки корня разрушенного или запломбированного зуба	Хронический гранулирующий периодонтит
	Плотное безболезненное выпухание округлой формы на альвеолярном отростке соответственно пораженному зубу	Грануляционная ткань из периодонта через узору в кости распространяется под надкостницу альвеолярного отростка (поднадкостничная гранулема)
	Под слизистой оболочкой по переходной складке, слизистой оболочкой губы или щеки ограниченный безболезненный плотный очаг	Подслизистая гранулема

Окончание табл. 2.1

Последовательность действий	Симптомы заболевания	Данные патогенеза
	В области свода преддверия плотный безболезненный тяж, идущий от причинного зуба в околочелюстные мягкие ткани	Подкожная гранулема со свищевым ходом на коже лица
	Коронковая часть зуба интактна, изменена в цвете	Некроз пульпы и пропитывание дентина продуктами распада пульпы
	Перкуссия причинного зуба безболезненна	Хроническое воспаление периодонта
	Коронковая часть зуба частично или полностью разрушена	Пульпа зуба отсутствует
	Коронковая часть зуба запломбирована или покрыта искусственной коронкой	
Поставьте предварительный диагноз	Хронический периодонтит — фиброзный, гранулирующий или гранулематозный	
Проведите дополнительное обследование	См. табл. 2.2	
Проведите дифференциальную диагностику	См. табл. 2.1— 2.3	
Поставьте заключительный диагноз	—	

Таблица 2.2. Дополнительные методы исследования

Метод	Данные исследования	Результат исследования
Электроодонтодиагностика причинного зуба	100 мА и выше	При всех формах хронического периодонтита. Реагируют нервные окончания в окружающих их тканях
Рентгенография	Очаг резорбции костной ткани у верхушки корня причинного зуба с нечеткими контурами	Хронический гранулирующий периодонтит

Окончание табл. 2.2

Метод	Данные исследования	Результат исследования
	Очаг резорбции костной ткани у вершины корня причинного зуба округлой формы с четкими контурами	Хронический гранулематозный периодонтит
	Расширение периодонтальной щели и склерозирование костной пластинки у вершины корня причинного зуба	Хронический фиброзный периодонтит

Таблица 2.3. Дифференциальная диагностика при хроническом периодонтите

Дифференцируемые заболевания	Сходные симптомы	Отличительные симптомы
Хроническая стадия остеомиелита челюсти	Образование свищей	Симптомы острого воспаления челюстной кости, предшествующие заболеванию
	Длительное течение заболевания	Припухлость околочелюстных мягких тканей
	Обострение процесса при ретенции отделяемого из свищевых ходов	Деформация челюсти
	Изменение структуры кости при рентгенологическом обследовании	Подвижность нескольких зубов На рентгенограмме очаги деструкции кости и наличие секвестров
Актиномикоз челюстно-лицевой области	Длительность заболевания	«Доскообразной» плотности безболезненный инфильтрат
	Отсутствие нарушений общего состояния	Багрово-синюшная окраска кожи над инфильтратом
	Образование свищей	Положительная кожная аллергическая проба с актинолизатом

Окончание табл. 2.3

Дифференцируемые заболевания	Сходные симптомы	Отличительные симптомы
	Наличие плотного инфильтрата в околочелюстных тканях (при подкожной granulеме)	Скопления мицелия лучистого грибка в отделяемом свищей при микроскопическом исследовании
Лимфаденит (хроническая гиперпластическая форма)	Наличие в околочелюстных мягких тканях образования округлой формы с четкими контурами	Отсутствие тяжа в преддверии рта, идущего к образованию в мягких тканях
	При обострении процесса возникают боль, припухлость и покраснение околочелюстных мягких тканей над существующими образованиями	Наличие лимфоидной ткани при пункции образования Лейкопения, лимфо- и моноцитоз, повышение СОЭ до 20–25 мм/ч при длительном течении заболевания

Примечание. СОЭ — скорость оседания эритроцитов.

Контроль усвоения темы

Вопросы и задания для повторения и самоконтроля знаний

1. Каковы причины возникновения хронического верхушечного периодонтита?
2. Назовите патоморфологические изменения периодонта и прилежащей к нему костной ткани при различных формах хронического периодонтита.
3. Опишите анамнез заболевания при хроническом верхушечном периодонтите.
4. Опишите клинические проявления различных форм хронического периодонтита.
5. Укажите дополнительные методы исследования при хроническом периодонтите.
6. Опишите рентгенологическую картину различных форм хронического периодонтита.
7. Какие осложнения верхушечного хронического периодонтита возможны?

Тестовые задания для контроля усвоения материала

Укажите один правильный ответ.

1. Наиболее активная форма хронического периодонтита:
 - а) гранулирующий;
 - б) гранулематозный;
 - в) фиброзный;
 - г) серозный;
 - д) гнойный.
2. Наличие свищевого хода характерно для периодонтита:
 - а) острого;
 - б) гнойного;
 - в) гранулематозного;
 - г) фиброзного;
 - д) гранулирующего.
3. При гранулирующем периодонтите на рентгенограмме в области верхушки корня зуба обнаруживают:
 - а) очаг разрежения костной ткани с нечеткими контурами;
 - б) очаг разрежения костной ткани с четкими ровными контурами;
 - в) расширение периодонтальной щели;
 - г) участок остеосклероза;
 - д) гиперцементоз.
4. При гранулематозном периодонтите на рентгенограмме в области верхушки корня зуба обнаруживают:
 - а) очаг разрежения костной ткани с нечеткими контурами;
 - б) очаг разрежения костной ткани с четкими ровными контурами;
 - в) расширение периодонтальной щели;
 - г) очаг остеосклероза.
5. При фиброзном периодонтите на рентгенограмме в области верхушки корня зуба обнаруживают:
 - а) очаг разрежения костной ткани с нечеткими контурами;
 - б) очаг разрежения костной ткани с четкими ровными контурами;
 - в) расширение периодонтальной щели;
 - г) участок остеосклероза.
6. Для поднадкостничной гранулемы характерно наличие:
 - а) участка безболезненного выбухания мягких тканей в преддверии рта соответственно пораженному зубу;
 - б) инфильтрата в толще щеки соответственно зубочелюстному сегменту;
 - в) плотного болезненного инфильтрата по переходной складке;

- г) свищевого хода;
 - д) тени секвестра на рентгенограмме.
7. Перед операцией резекции верхушки корня обязательно проводят:
- а) ревизию канала и эндодонтическое лечение его проходимой части;
 - б) фиксацию искусственной коронки на постоянный цемент;
 - в) шинирование причинного зуба к соседним с ним зубам;
 - г) восстановление отсутствующей коронковой части штифтовой конструкцией;
 - д) снятие искусственной коронки с причинного зуба.
8. При удовлетворительной перепломбировке канала рентгенологический контроль за гранулирующим очагом осуществляют в течение:
- а) 1–2 мес;
 - б) 3–4 мес;
 - в) 5–6 мес;
 - г) 6–8 мес;
 - д) 10–12 мес.
9. При проведении операции резекции верхушки корня резецируют:
- а) 1/2 часть корня;
 - б) 1/3 часть корня;
 - в) 2/3 часть корня;
 - г) 3/4 часть корня.

Укажите несколько правильных ответов.

10. По этиологии острый периодонтит подразделяют:
- а) на травматический;
 - б) медикаментозный;
 - в) инфекционный;
 - г) верхушечный;
 - д) маргинальный.
11. Существуют следующие формы хронического периодонтита:
- а) серозный;
 - б) гнойный;
 - в) гранулематозный;
 - г) гранулирующий;
 - д) фиброзный.
12. При гранулирующем периодонтите возможно развитие следующих типов одонтогенной гранулемы:
- а) межкортикальная;
 - б) подслизистая;

- в) поднадкостничная;
 - г) подкожная;
 - д) внутрикожная.
13. При гранулематозном периодонтите возможно развитие следующих морфологических типов одонтогенной гранулемы:
- а) простая;
 - б) подслизистая;
 - в) эпителиальная;
 - г) поднадкостничная;
 - д) кистозная.
14. Оперативное вмешательство при хроническом периодонтите показано в следующих ситуациях:
- а) неэффективность консервативного лечения;
 - б) хронические очаги одонтогенной инфекции;
 - в) перелом верхушечной части корня однокорневого зуба;
 - г) осложнения консервативного лечения.
15. Из хирургических методов лечения при хронических периодонтитах применяют:
- а) реплантацию зуба;
 - б) коронарорадикулярную сепарацию;
 - в) щадящее удаление околоверхушечного патологического очага;
 - г) немедленную и отсроченную имплантацию;
 - д) секвестрэктомию.
16. Из хирургических методов лечения при хронических периодонтитах применяют:
- а) удаление зуба;
 - б) резекцию верхушки корня зуба;
 - в) гемисекцию зуба;
 - г) ампутацию корня;
 - д) периостотомию.
17. Гемисекция и ампутация корня многокорневых зубов показаны:
- а) при наличии глубокого (более половины длины корня) костного кармана в области одного из корней;
 - б) убыли кости в области бифуркации;
 - в) непроходимости канала одного из корней с околоверхушечным очагом разрежения костной ткани;
 - г) околокорневой кисте;
 - д) чрезмерном выведении за верхушку корня пломбировочного материала.

18. Резекция верхушки корня противопоказана:
 - а) при остром апикальном периодонтите;
 - б) остеомиелите челюсти в острой стадии;
 - в) атрофии альвеолярного отростка более чем на половину длины корня зуба;
 - г) расположении околокорневого патологического очага или корня зуба вблизи дна верхнечелюстной пазухи, нижнечелюстного канала (менее 0,1–0,2 см);
 - д) чрезмерном выведении за верхушку корня пломбировочного материала.
19. Лечение хронического периодонтита, осложненного формированием подкожной гранулемы, включает:
 - а) удаление зуба;
 - б) выскабливание патологической грануляционной ткани;
 - в) рассечение тяжа по переходной складке;
 - г) иссечение свищевого хода на коже лица;
 - д) цистэктомию.
20. Операция резекции верхушки корня показана:
 - а) при избыточном выведении пломбировочного материала за апикальное отверстие;
 - б) перфорации стенки корня зуба в верхушечном отделе;
 - в) отломе инструмента в верхушечной трети корневого канала;
 - г) подвижности зуба II–III степени;
 - д) глубоких костных карманах.
21. Операция резекции верхушки корня показана:
 - а) при обострении хронического периодонтита;
 - б) нагноившейся корневой кисте;
 - в) гранулирующем очаге с формированием поднадкостничной гранулемы;
 - г) радикулярной кисте, в полости которой находится верхушка корня зуба;
 - д) остеомиелите.
22. Для ретроградного пломбирования корня при резекции его верхушки применяют:
 - а) серебряную амальгаму;
 - б) цинк-эвгеноловую пасту;
 - в) минеральный триоксидный агрегат (Pro Root);
 - г) стеклоиономерные цементы;
 - д) композит светового отверждения.

23. При заполнении костных полостей применяют остеопластические материалы:
- а) аутогенные;
 - б) аллогенные;
 - в) ксеногенные;
 - г) аллопластические;
 - д) остеонейтральные.
24. Операция гемисекции может быть выполнена:
- а) на молярах нижней челюсти;
 - б) премолярах нижней челюсти;
 - в) резцах верхней челюсти;
 - г) молярах верхней челюсти;
 - д) премолярах верхней челюсти.
25. При резекции верхушки корня производят разрезы слизистой оболочки и формируют слизисто-надкостничный лоскут:
- а) фестончатый;
 - б) линейный;
 - в) углообразный;
 - г) трапецевидный;
 - д) дугообразный.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Пациент Е., 36 лет, жалуется на чувствительность в зубе 4.4 во время приема твердой и горячей пищи.

Анамнез: несколько лет назад зуб 4.4 был запломбирован. Спустя год появилась чувствительность в этом зубе во время еды.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное. На жевательной поверхности зуба 4.4 пломба. Перкуссия слегка болезненна, зуб неподвижен. Слизистая оболочка десны в области проекции верхушки корня зуба 4.4 с вестибулярной стороны слегка гиперемирована и отечна. При надавливании ручкой зонда на ней остается отпечаток инструмента.

На рентгенограмме зуба 4.4 определяется деструкция костной ткани у верхушки корня с нечеткими контурами. Канал корня заполнен пломбировочным материалом на 3/4 его длины.

Задания

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите методику лечения.

Ситуационная задача 2

Больной П., 35 лет, жалуется на наличие образования на десне у зуба 2.2 и гнойные выделения из него.

Анамнез: полтора года назад появилась приступообразная ночная боль в зубе 2.2. К врачу не обращался. Зуб постепенно стал разрушаться. Периодически возникала боль в этом зубе при приеме твердой пищи. Около 2 нед назад на десне у этого зуба с наружной стороны появилось небольшое образование, из которого выделяется гной.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное. На десне с вестибулярной стороны между зубами 2.2 и 2.3 свищевой ход с выбухающей грануляционной тканью. При надавливании на него выделяется гной. В зубе 2.2 большая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование ее безболезненно. Перкуссия зуба 2.2 безболезненна, выявлена подвижность I степени.

Задания

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Объясните, почему образовался свищевой ход на десне у этого зуба.
3. Выберите методику лечения.

Ситуационная задача 3

Больная В., 17 лет, жалуется на наличие безболезненного образования под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: более года во время еды периодически возникала боль в зубе 4.6. 2 мес назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке обнаружен плотный, округлой формы, диаметром до 2,5 см малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть зуба 4.6 сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня зуба 4.6 определяется очаг разрыхления костной ткани неправильной формы без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы прослеживается лишь в средней и верхней трети корня.

Задания

1. Установите диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Укажите, с какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику.
4. Определите план лечения.

Ситуационная задача 4

Пациент К., 45 лет, пришел на профилактический осмотр. Жалоб не предъявляет.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта свободное. На жевательной поверхности зуба 2.5 есть пломба, перкуссия зуба безболезненная. Зуб неподвижен.

На рентгенограмме зуба 2.5 определяется расширение периодонтальной щели у верхушки корня. Окружающая ее костная ткань склерозирована. Пломбировочный материал заполняет дефект коронки, полость зуба и корневой канал на всем протяжении.

Задания

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику врача.

Ситуационная задача 5

У пациента К., 70 лет, в ранее леченном зубе 3.3 обнаружена глубокая кариозная полость. Перкуссия зуба слегка болезненна. На десне у этого зуба свищевой ход.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выберите метод дополнительного обследования.
3. Укажите, с каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача 6

Пациентка М., 27 лет, обратилась с жалобой на потемнение двух нижних передних зубов. Два года назад была травма нижней губы и этих зубов.

При осмотре: зубы 3.1 и 4.1 интактны, изменены в цвете, неподвижны, на перкуссию не реагируют.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Почему коронковые части этих зубов изменены в цвете?