

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени АЛЬ-ФАРАБИ

Г.А. КАРКИМБАЕВА

СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОДОНТИИ
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
С ТЕСТОВЫМИ ЗАДАНИЯМИ

Учебное пособие

Алматы
«Қазак университеті»
2024

УДК 616.31
ББК 56.6
К 23

*Рекомендовано к изданию Ученым советом
(протокол №11 от 11.06.2024 г.) и РИСО
КазНУ имени аль-Фараби (протокол №6 от 18.07.2024 г.)*

Рецензенты:

кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинических специальностей КазНУ им. аль-Фараби **Ж.И. Рысбаева**
кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова **К.Ж. Жумабаева**

Каркимбаева Г.А.
К 23 Сборник ситуационных задач по клинической эндодонтии детского возраста с тестовыми заданиями: учеб. пособие / Г.А. Каркимбаева. – Алматы: «Қазақ университеті», 2024. – 154 с.

ISBN 978-601-04-6718-7

Ситуационные задачи и тестовые задания составлены по основным темам практических занятий и в соответствии с программой по «Стоматологии детского возраста», «Клинической эндодонтии» для студентов, обучающихся по образовательной программе «Стоматология» высших учебных заведений. Предназначены для самостоятельного контроля знаний студентов и определения их исходного уровня знаний преподавателями на практических занятиях. Рекомендуются для интерактивных методов обучения (TBL, SBL).

В пособие включены 50 ситуационных задач и 57 тестовых задач по изучаемому предмету.

Пособие предназначено для студентов, врачей интернов, резидентов стоматологических факультетов высших медицинских учебных заведений, для практикующих врачей-стоматологов.

**УДК 616.31
ББК 56.6**

ISBN 978-601-04-6718-7

© Каркимбаева Г.А., 2024
© КазНУ имени аль-Фараби, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ	5
Глава I. ОСТРЫЕ ПУЛЬПИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ.....	7
Глава II. ХРОНИЧЕСКИЕ ПУЛЬПИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ.....	15
Глава III. ХРОНИЧЕСКИЕ ПУЛЬПИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ	27
Глава IV. ОСТРЫЕ ПЕРИОДОНТИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ.....	35
Глава V. ХРОНИЧЕСКИЕ ПЕРИОДОНТИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ.....	41
Глава VI. ХРОНИЧЕСКИЕ ПЕРИОДОНТИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ.....	48
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ	58
ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ	127
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	150

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВСД	–	вегетососудистая дистония
ГИ	–	гигиенический индекс
ККГ	–	красная кайма губ
кп	–	количество кариозных, пломбированных зубов (временные зубы)
КПУ	–	количество кариозных, пломбированных, удаленных зубов (постоянные зубы)
НФК	–	незавершенное формирование корня
ОКИ	–	острая кишечная инфекция
СИЦ	–	стеклоиономерный цемент
ОРВИ	–	острая респираторная вирусная инфекция
СОПР	–	слизистая оболочка полости рта
ЭОД	–	электроодонтометрия

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития здравоохранения в Казахстане, присоединении ряда передовых ВУЗов республики к Болонскому процессу, к подготовке специалистов высшей медицинской школы предъявляются жесткие требования. Это обосновывает необходимость совершенствования медицинского образования в Казахстане и приведение его в соответствие с международными стандартами обучения.

Приоритетом высшего профессионального образования является ориентация на компетентностный подход к обучению студентов. Одним из особенностей является обучение с помощью активных форм. Активное обучение – это новые формы, методы и средства обучения, которые побуждают студентов к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения учебным материалом. Предполагается, что использование такой системы методов направлено главным образом не на изложение преподавателем готовых знаний, их запоминание и воспроизведение, а на самостоятельное овладение студентами знаниями и умениями в процессе активной мыслительной и практической деятельности. С этой целью одним из главных принципов является клиническая направленность в изучении строения организма человека, диагностики и лечения различных заболеваний челюстно-лицевой области. Такой подход в преподавании и усвоении предмета вместе с глубокими знаниями детской хирургической стоматологии способствует началу формирования клинического мышления.

Общеизвестно, что эндодонтическое лечение в детском возрасте во многом зависит от анатомо-физиологических особенностей детского организма в каждом возрастном периоде ребенка. В данном пособии рассмотрены вопросы классификации, патогенеза,

этиологии, методов диагностики и лечения осложненных форм кариеса во временных и постоянных зубах с несформированными корнями. В пособии также описаны осложнения после эндодонтического лечения у детей и пути их устранения. Ситуационные задачи, представленные в пособии, формируют клиническое мышление и профессиональные компетенции врача-стоматолога на эндодонтическом приеме в детской стоматологии.

Данное учебное пособие рассчитано на студентов, врачей интернов, резидентов стоматологических факультетов, а также дополнительного профессионального обучения, так как содержит фундаментальные основы клинической эндодонтии. Пособие состоит из 6 разделов, включает 50 ситуационных задач, 13 рисунков, 57 тестовых заданий с эталонами ответов.

ГЛАВА I

ОСТРЫЕ ПУЛЬПИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Ситуационная задача № 1

В детскую стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 4-х лет. Жалобы на самопроизвольные боли в зубах нижней челюсти справа, ночные боли с короткими светлыми промежутками, усиливающиеся от холодного. Ребенок не в состоянии точно указать больной зуб.

Из данных анамнеза: со слов родителей, ребенок начал жаловаться на зубную боль с вечера, отказывался от приема пищи, была субфебрильная температура 37,5 °С, плохо спал, капризничал.

Данные общего медицинского анамнеза: мама считает девочку здоровой, на учете у педиатра не состоит, в анамнезе только ОРВИ, аллергические реакции отсутствуют.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации. Зуб 8.5 с кариозной полостью на жевательной и медиально-апроксимальной поверхностях, заполненной остатками пищи, размягченным некродентином. Зондирование болезненно по всему дну, перкуссия положительная, реакция на холод – медленно проходящая боль. Слизистая вокруг зуба гиперемирована, отечна (рис. 1).

На рис. 1, зуб 8.5 – на жевательной, медиально-апроксимальной поверхностях визуализируется кариозная полость, близко прилежащая к полости пульпы, корни в состоянии стабилизации, фолликул зачатка зуба 4.5 представлен в виде просветления округлой формы, с четким не прерывающимся ободком уплотнения в зоне бифуркации корней зуба 8.5.

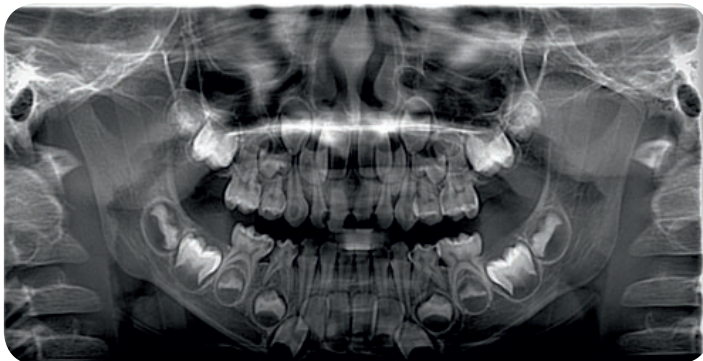


Рисунок 1. Ортопантомограмма ребенка 4-х лет

Вопросы:

1. Какой ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику с поставленным диагнозом.
3. Какова тактика лечения зуба?
4. Каковы анатомо-топографические особенности зуба 8.5?

Ситуационная задача № 2

В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 4-х лет с жалобами на острую боль в зубе.

Из данных анамнеза заболевания: боль в зубе началась днем, после приема пищи, затем мама дала «Ибупрофен», ребенок уснул, после сна на боль не жаловался. Но к вечеру и всю ночь практически не спали, боли усилились, ребенок плакал, показывая на боль в зубах, не в состоянии указать больной зуб.

Данные общего медицинского анамнеза: дисбактериоз, частые ОРВИ, диспепсия. Ребенок проявляет раздражительность, плаксив, не слушает уговоры, не отвечает на вопросы доктора.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. В полости рта: зуб 5.3 – на вестибулярной поверхности – глубокая кариозная полость, округлой формы с размягченным дентином, при удалении которого легко вскрылась полость зуба с выделением гнойного экссудата, зондирование и перкуссия болезненны. На рис. 2,

зуб 5.3 – кариозная полость на вестибулярной поверхности округлой формы, не сообщающаяся с полостью зуба, корень в состоянии стабилизации, фолликул зуба 1.3 представлен в виде просветления округлой формы, с четким нигде не прерывающимся ободком уплотнения, коронка и шейка зачатка обызвествляются.

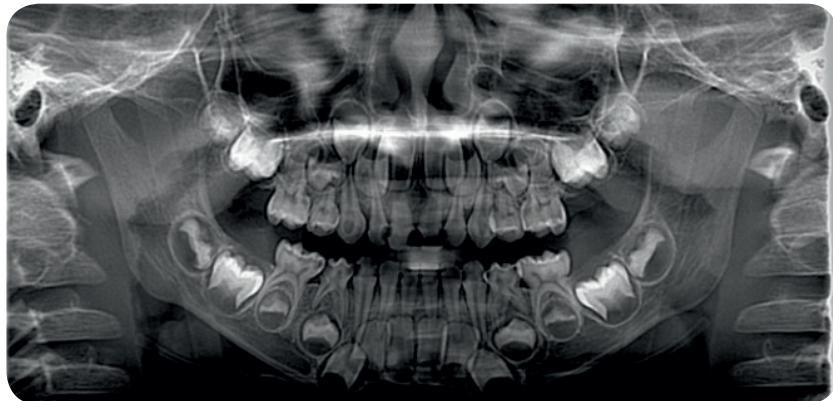


Рисунок 2. Ортопантомограмма ребенка 4-х лет

Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Определите степень активности кариозного процесса.
3. Какова Ваша тактика лечения 5.3 зуба?
4. Каковы анатомо-топографические особенности зуба 5.3?

Ситуационная задача № 3

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 12-ти лет с жалобами на острую приступообразную боль в зубе при приеме пищи. Боль в зубе была однократной, не повторялась.

Из данных анамнеза заболевания: со слов ребенка, раньше данный зуб реагировал на сладкое, но к врачу не обращались. В данный момент острые боли в зубе возникли впервые. Гигиенический уход за полостью рта осуществляют регулярно, зубную щетку меняют каждые 2 месяца.

Общий медицинский анамнез: как отмечает мама, ребенок здоров, в анамнезе только ОРВИ. На диспансерном учете у педиатра не состоит. Лицо симметричное, кожные покровы чистые без патологических высыпаний, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, кожные покровы чистые. Данные внутривидеоскопического осмотра: глубина преддверия полости рта, уздечки верхней и нижней губ, языка в пределах нормы. Десневые сосочки хорошо выражены, имеют ровный розовый цвет, сосочки треугольной формы, плотно прилегают к зубам. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета.

Зубная формула

												с	
	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	
	pl												

Прикус – ортогнатический.

Зуб 4.6 – на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным, размягченным дентином, зондирование болезненное в проекции дистального рога пульпы, перкуссия безболезненная, пальпация по переходной складке в области зуба без изменений. Индекс КПУ = 2. ЭОД в проекции дистального рога пульпы – 15 мкА, с другого бугра показатели в норме. На рентгенограмме 4.6 зуба – глубокая кариозная полость на жевательной поверхности, не сообщающаяся с полостью зуба, со стороны тканей периодонта изменений нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите степень активности кариозного процесса.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Каков алгоритм лечения зуба 4.6?
4. Каковы топографические особенности зуба 4.6?

Ситуационная задача № 4

В детскую стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 3-х лет с жалобами на самопроизвольную боль, которая усиливается в ночное время, ребенок не может указать

больной зуб. Со слов матери, ребенок в течение 2-х дней жалуется на зубную боль, которая возникла впервые. На вторые сутки боль усилилась, вначале ребенок показывал на верхние, потом на нижние зубы с левой стороны, ночью была субфебрильная температура, которую понижали таблеткой парацетамола.

Объективно: лицо симметричное, кожные покровы чистые, подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, болезненны при пальпации. В полости рта: зуб 6.4 – дистально-апроксимальная стенка разрушена, на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным дентином, глубокое зондирование дна кариозной полости болезненно, перкуссия положительная, дентин экскавируется пластами, сравнительно легко перфорировалась полость зуба, появилась капля гноя, а затем крови. Десна вокруг зуба 6.4 отечна, гиперемирована.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите метод лечения зуба 6.4.
4. Назовите период развития пульпы 6.4 зуба в данном возрасте.
5. Каковы анатомо-топографические особенности 6.4 зуба?

Ситуационная задача № 5

В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 2-х лет с жалобами на самопроизвольную, приступообразную боль в зубе на верхней челюсти во фронтальном отделе. Со слов мамы, ребенок всю ночь не спал, капризничал, показывал на зубы и плакал, с вечера ничего не кушал. У ребенка ночью было повышение температуры до 37,8 °С. Утром мама заметила незначительную припухлость верхней губы справа.

Стоматологический анамнез: со слов мамы, передние 4 зуба на верхней челюсти вскоре после прорезывания начали быстро портиться, разрушаться и темнеть. На ночь ребенок засыпает с бутылкой сладкого кефира.

Из общего медицинского анамнеза: ребенок практически здоров, в анамнезе только острый бронхит. Ребенок беспокойный, капризничает, мама отмечает субфебрильную температуру. Асим-

метрия лица за счет незначительной припухлости верхней губы справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации. Кожные покровы обеих щек красноватые, без патологических высыпаний. Преддверие полости рта средней глубины, уздечка верхней губы прикреплена у верхушки десневого сосочка. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Зуб 6.1 – эмаль сохранена только в пришеечной области, дентин обнажен, светло-коричневого цвета, размягчен, дистально-апроксимальная стенка зуба разрушена, глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну, перкуссия положительная, слизистая вокруг десны отечна, гиперемирована.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какова Ваша тактика лечения зуба 6.1?
3. Каковы анатомо-топографические особенности зуба 6.1?
4. На какой стадии сформированности корень зуба 6.1 в данном клиническом случае?

Ситуационная задача № 6

Ребенок 11-ти лет жалуется на острую приступообразную продолжительную боль в зубах на верхней челюсти справа, усиливающуюся при приеме пищи и в ночное время, ребенок не может указать больной зуб.

Из данных анамнеза заболевания: зубная боль беспокоит вторые сутки, такие боли впервые. Со слов мамы, зубы чистит нерегулярно, практически один раз в день, в основном утром. Лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В полости рта: на жевательной поверхности зуба 1.6 – пломба светового отверждения сохранена частично, кариозная полость заполнена остатками пищи, размягченным некротическим дентином, зондирование резко болезненно по всему дну, перкуссия болезненная, температурные раздражители усиливают и провоцируют болевой приступ, слизистая вокруг зуба гиперемирована. ЭОД в пределах 35 мкА. На рентгенограмме патологические изменения со стороны периодонта отсутствуют.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какова Ваша тактика лечения?
3. Каковы топографические особенности 1.6 зуба?
4. Как называются инструменты для прохождения корневого канала, охарактеризуйте их?

Ситуационная задача № 7

Во время профилактического осмотра детским стоматологом у ребенка 9-ти лет была обнаружена в зубе 2.2 кариозная полость на медиально-апроксимальной поверхности, выполненная плотным пигментированным дентином. Зондирование болезненно по стенкам зуба, перкуссия безболезненная, на холод возникает кратковременная боль, слизистая вокруг зуба без изменений. На рентгенограмме со стороны периодонта патологических изменений нет.

Во время препарирования кариозной полости у ребенка возникла резкая острая боль в зубе, врач увидел на дне кариозной полости красную точку, приступ боли длился около трех минут, далее боль прекратилась, болевой приступ не повторился.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какова тактика эндодонтического лечения?
3. Каковы топографические особенности зуба 2.2?

Ситуационная задача № 8

Подросток 16-ти лет жалуется на острую самопроизвольную приступообразную боль в зубе нижней челюсти справа, усиливающуюся при приеме пищи.

Из данных анамнеза заболевания: зуб болит два дня, раньше боли не отмечались, возникли впервые. Гигиенический уход за зубами осуществляет регулярно, чистит зубы утром, меняет щетку каждые два месяца.

При объективном обследовании: лицо симметричное, дыхание носовое, глотание свободное. Губы сомкнуты, напряжение мышц визуально и пальпаторно не определяется, носогубные и подборо-

дочная складка умеренно выражены. При пальпации жевательных и височных мышц болезненности не определяются, при смыкании зубов мышцы напряжены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Красная кайма губ ярко-розовая, влажная. Преддверие полости рта средней глубины, уздечки верхней и нижней губ прикреплены у основания десневого сосочка. Слизистая оболочка бледно-розового цвета. Слизистая десневого края цианотична, обильное отложение пигментного зубного налета с оральной поверхности зубов верхней и нижней челюстей.

На жевательной поверхности 4.7 зуба имеется кариозная полость средних размеров, заполненная остатками пищи и размягченным некродентином, зондирование болезненное по всему дну, перкуссия безболезненная, реакция на холод вызывает резкую, продолжительную боль.

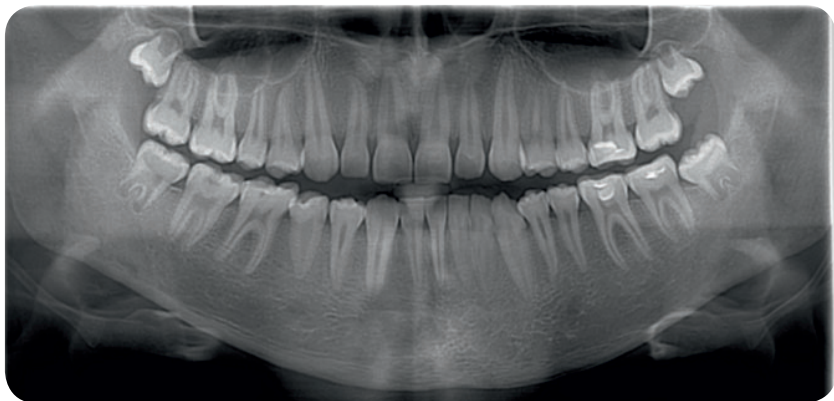


Рисунок 3. Ортопантомограмма подростка 16-ти лет

Вопросы:

1. Опишите рентгенологическую картину, поставьте диагноз по активности кариозного процесса?
2. Каков Ваш предварительный диагноз по отношению к зубу 4.7?
3. Каков алгоритм лечения зуба 4.7?

ГЛАВА II

ХРОНИЧЕСКИЕ ПУЛЬПИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Ситуационная задача № 1

Во время профилактического осмотра врачом-стоматологом у ребенка 5-ти лет выявлены на зубах 8.4, 8.5 кариозные полости на жевательных и дистально-апроксимальных поверхностях, заполненные остатками пищи, размягченным некротическим дентином, при экскавации которого обнажаются пульповые камеры, болезненные при зондировании, кровоточащие. Перкуссия безболезненная, реакция на холод вызывает медленно-проходящую боль, слизистая вокруг зуба без изменений.

На ортопантограмме зубов 8.5, 8.4 (рис. 4) имеются глубокие кариозные полости, у зуба 8.5 обнаружено сообщение с дистальным рогом пульпы, корневые каналы прослеживаются на всем протяжении, у бифуркации корней имеются симптомы остеопороза, компактные пластинки лунки зубов и стенки фолликулов зачатков зубов 4.4, 4.5 прослеживаются обычной толщины и плотности.

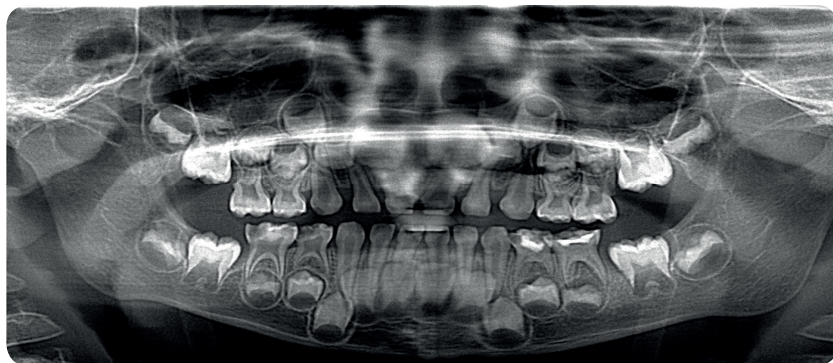


Рисунок 4. Ортопантограмма ребенка 5-ти лет

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какова Ваша тактика лечения?
4. Опишите период развития пульпы зубов 8.4, 8.5 у 5-летнего ребенка.

Ситуационная задача № 2

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 9-ти лет с жалобами на боли в зубе на нижней челюсти справа во время приема пищи.

Из анамнеза заболевания: зуб беспокоит периодически в течение месяца, к стоматологу не обращались. Со слов мамы, зубы начали «портиться» с момента прорезывания. В 3 года санировали полость рта под общим обезболиванием, где были поставлены 6 пломб. Гигиенический уход за зубами осуществляет нерегулярно.

Общий медицинский анамнез: хронический бронхит, с 4-х лет atopический дерматит, в данный момент находится в стадии ремиссии. Аллергическая реакция на антибиотики в виде кожной сыпи.

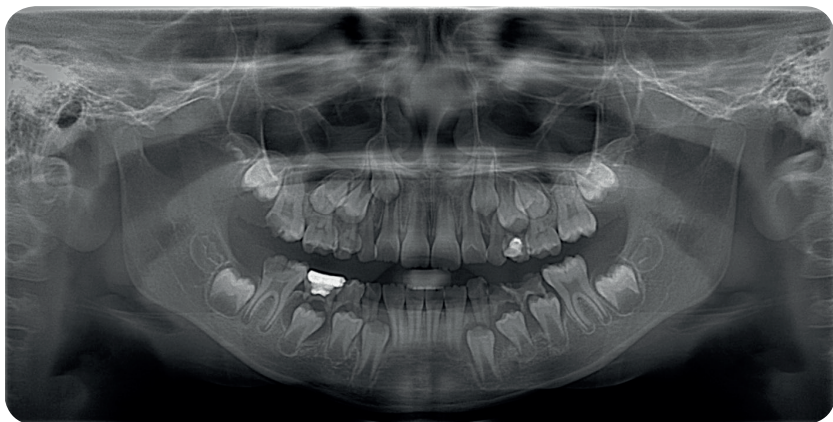


Рисунок 5. Ортопантомограмма ребенка 9-ти лет

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические не пальпируются,

открывание рта свободное, слизистая оболочка без патологических изменений.

Зуб 4.6 – язычная стенка разрушена, на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, выполненная размягченным светло-коричневым дентином, при зондировании имеется сообщение с пульповой камерой, резко болезненное, реакция на холод – медленно-проходящая боль. На рисунке 5: на жевательно-дистальной поверхности зуба 4.6 имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, корни на этапе незакрытой верхушки, кортикальные пластинки прослеживаются на всем протяжении, патологических изменений нет.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. На какой стадии сформированности корня находится зуб 4.6?
3. Какой метод лечения целесообразен в данном клиническом случае, обоснуйте и опишите его?

Ситуационная задача № 3

В детскую стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 5-ти лет с жалобами на неприятный запах изо рта и потемнение зуба.

Стоматологический анамнез: со слов родителей, неприятный запах изо рта ребенка прослеживается уже в течение недели, и потемнение зуба заметили в то же время. Со стороны ребенка жалоб на зуб не было. Полгода назад были на профилактическом осмотре у детского стоматолога, провели гигиеническое обучение и воспитание, покрыли зубы фторлаком. Зубы прорезались в срок и до настоящего времени не беспокоили. Гигиенический уход за зубами нерегулярный.

Из данных общего медицинского анамнеза: со слов мамы, ребенок первой беременности, родился недоношенным, на 8 месяце беременности, весом 2430 грамм. С рождения ребенок часто болеет, состоит на диспансерном учете у детского пульмонолога, по поводу риска развития бронхиальной астмы, врожденного стридора, симптомы которого к годовалому возрасту исчезли.

Ребенок спокоен, свободно отвечает на вопросы. Интересуется окружающими предметами. Данные физического развития соответствуют возрасту ребенка. При объективном обследовании, лицо симметричное, дыхание носовое, открывание рта свободное, глотание соматическое, без каких-либо патологий. Подчелюстные лимфатические узлы при пальпации безболезненные, подвижные. Кожные покровы лица бледные, вокруг рта кожа сухая, имеются мелкие трещины на нижней губе. Преддверие полости рта средней глубины, уздечки верхней и нижней губ прикреплены у основания сосочка. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. Зуб 8.4 изменен в цвете, на дистально-апроксимальной поверхности имеется глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некродинтом, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, во вскрытой полости зуба определяется серая масса с неприятным запахом и болезненность в устьях корневых каналов, перкуссия безболезненна, реакция на тепло вызывает положительный приступ боли, на холодной раздражитель – отрицательный.

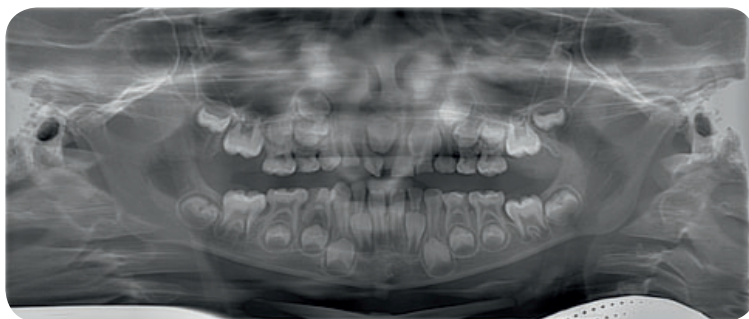


Рисунок 6. Ортопантомограмма ребенка 5 лет.

На рис. 6: зуб 8.4 – на дистально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, корневые каналы прослеживаются на всем протяжении. У бифуркации корней отмечается симптом остеопороза. Компактные пластинки лунки зуба и стенки фолликула зуба 4.4 не вовлечены в патологический процесс.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте алгоритм лечения.
4. Опишите принципы создания доступа к корневому каналу во временном зубе.

Ситуационная задача № 4

Родители с ребенком 5-ти лет обратились в детскую стоматологическую клинику с целью профилактического осмотра. Со слов мамы, ребенок жалуется на зубы периодически, месяц назад удалили верхний зуб справа, который дважды лечили, постоянно наблюдалась припухлость десны, не было клинических улучшений. Гигиенический уход за зубами осуществляют нерегулярно.

Общий медицинский анамнез: частые ОРВИ, хронический бронхит. До одного года находился на грудном вскармливании. Физическое развитие соответствует возрасту. Вредные привычки: сосание большого пальца. Аллергоанамнез не отягощен.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное. Глубина преддверия – около 5 мм, низкое прикрепление уздечки верхней губы. Слизистая оболочка в области маргинальной десны отечна, гиперемирована, обильное отложение мягкого зубного налета на всех зубах. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зуб 7.4 – на дистально-апроксимальной поверхности имеется глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некротическим дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, болезненное, перкуссия безболезненная, реакция на холод – медленно проходящая боль, слизистая оболочка вокруг зуба без изменений. На рис. 7: зуб 7.4 – на дистально-жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, равномерное расширение периодонтальной щели, фолликул 3.4 зуба представлен в виде просветления округлой формы, с четким нигде не прерывающимся ободком уплотнения,

компактная пластинка стенок фолликула не вовлечена в патологический процесс.

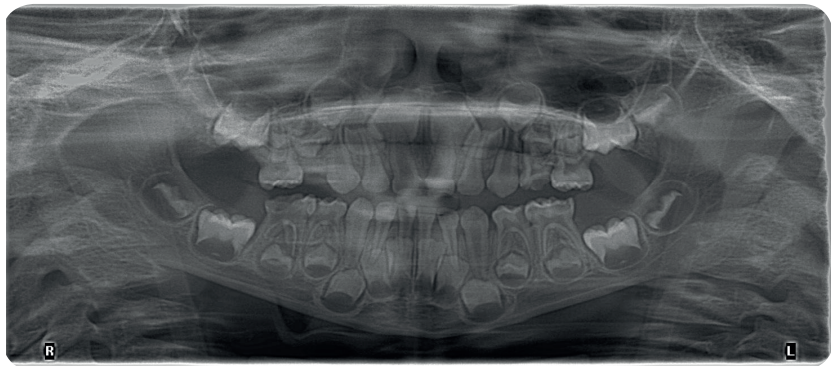


Рисунок 7. Ортопантомограмма ребенка 5-ти лет

Вопросы:

1. Чему равен индекс интенсивности?
2. Поставьте диагноз по активности кариозного процесса.
3. Каков Ваш предварительный диагноз?
4. Составьте алгоритм лечения.
5. Какова глубина преддверия и прикрепление уздечки верхней губы в норме?
6. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

Ситуационная задача № 5

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 8,5 лет с целью профилактического осмотра. Со слов матери, врача-стоматолога посещали больше года назад по поводу удаления молочного зуба. В течение этого периода ребенок никаких жалоб на зубы не предъявлял. Мать отмечает позднее прорезывание временных зубов, которые появились к году. Гигиенический уход за зубами осуществляют регулярно.

Из данных общего медицинского анамнеза: ребенок родился недоношенным, на 7 месяце внутриутробного развития, весом 2 кг 260 г. Был на грудном вскармливании. До двух лет часто болел ОРВИ, в 3 года была ветрянка, в 4 года перенес гепатит А. Психо-

эмоциональное состояние ребенка спокойное, свободно отвечает на вопросы. Показатели физического развития соответствуют возрасту, без каких-либо отклонений. Лицо симметричное, дыхание носовое, глотание свободное, ребенок произносит все звуки. Губы сомкнуты, напряжение мышц визуально и пальпаторно не определяется, носогубные и подбородочная складка умеренно выражены. При пальпации жевательных и височных мышц болезненность не определяется, при смыкании зубов мышцы напряжены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Красная кайма губ ярко-розовая, влажная. Преддверие полости рта средней глубины, уздечки верхней и нижней губ прикреплены у основания десневого сосочка. Слизистая оболочка бледно-розового цвета.

В зубе 4.6 – на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некротическим дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, резко болезненное, реакция на холод – медленно-проходящая боль, перкуссия безболезненная, слизистая по переходной складке без изменений. На рис. 8: зуб 4.6 прорезался полностью, корни на этапе незакрытой верхушки, периодонтальная щель у верхушек расширена, кортикальные пластинки прослеживаются на всем протяжении, патологических изменений нет.



Рисунок 8. Ортопантомограмма ребенка 8,5 лет

Прикус – прямой

Зуб 4.7 изменен в цвете, дистально-апроксимальная стенка зуба разрушена, на жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. В полости зуба серогрязная масса с неприятным запахом, зондирование болезненно в устьях корневых каналов, перкуссия безболезненная, реакция на холод отсутствует, на тепло – положительная, слизистая вокруг зуба без изменений.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Опишите рентгенологическую картину по данной клинической ситуации.
3. Определите индекс интенсивности и поставьте диагноз по активности кариозного процесса.
4. Какова Ваша тактика лечения зуба 4.7?
5. Каковы топографические особенности зуба 4.7?

Ситуационная задача № 7

Родители с ребенком 4,5 лет обратились в стоматологическую клинику с жалобами на болезненность в зубе при приеме пищи. Со слов мамы, ребенок жалуется периодически на боль в зубе во время приема пищи, в течение нескольких дней. Ранее ребенок жаловался на боль в зубе, которая проходила самостоятельно. Гигиенический уход за зубами осуществляют нерегулярно.

Из данных общего медицинского анамнеза: ОКИ, частые ОРВИ, круп, экссудативный диатез. Физическое развитие соответствует возрасту, осанка и положение головы прямые, без каких-либо отклонений. Аппетит хороший, но предпочтение отдает мягкой пище.

Девочка доброжелательная, легко вступает в контакт, отвечает на вопросы врача, произносит все звуки. Лицо симметричное, кожные покровы чистые, дыхание носовое, глотание свободное. Губы сомкнуты, напряжение мышц визуально и пальпаторно не определяется, носогубные и подбородочная складка умеренно выражены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: преддверие полости рта средней глубины. Уздечки верхней и нижней губ прикреплены у основания

десневого сосочка. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений. На медиально-апроксимальной поверхности зуба 7.4 имеется кариозная полость, заполненная разросшейся ярко-красной тканью. При легком зондировании обнаруживается кровоточивость, умеренная болезненность. Перкуссия безболезненная, слизистая вокруг зуба без изменений.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какова Ваша тактика лечения?
4. Каковы анатомо-топографические особенности 7.4 зуба?

Ситуационная задача № 8

В стоматологическую клинику обратилась мать с ребенком 3-х лет с целью профилактического осмотра. Со слов мамы, ребенок посещает детский сад, часто болеет вирусными заболеваниями.

Из данных анамнеза заболевания: 4 месяца назад были у стоматолога с диагнозом ОГС, было назначено и проведено лечение. Зубы чистит один раз в день, утром.

Из данных общего медицинского анамнеза: в 1,5 года ребенок перенес ветряную оспу, обструктивный бронхит, шесть месяцев назад проходил лечение по диагнозу «Риск развития бронхиальной астмы». При осмотре лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета.

Зубная формула

	pl		п	с	pl	п		с	
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
с	с								

Прикус – временный

5.4 зуб – на дистально-жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным светло-желтым дентином, после экскавации которого обнажилась пульповая камера, болезненная при зондировании, пульпа кровоточит, перкуссия безболезненная, слизистая вокруг зуба без изменений.

Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз?
2. Опишите рентгенологическую картинку для данной ситуации.
3. Какой метод лечения наиболее целесообразен в данном случае?
4. Каковы анатомо-топографические особенности 5.4 зуба?

Ситуационная задача № 9

К детскому стоматологу обратились родители ребенка 5-ти лет, обеспокоенные потемневшим в цвете зубом. Родители отметили, что у ребенка в возрасте 3-х лет было пролечено несколько зубов. Гигиенический уход за зубами осуществляется мамой.

Anamnes vitae: ребенок часто болеет простудными заболеваниями, состоит на диспансерном учете у детского пульмонолога по поводу обструктивного бронхита.

При осмотре лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

Объективно: зуб 5.5 изменен в цвете, на дистально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным дентином, которая сообщается с полостью зуба, зондирование устьев корневых каналов резко болезненное, сопровождается кровоточивостью, теплая вода вызывает продолжительный болевой приступ, перкуссия безболезненная, слизистая вокруг зуба без изменений.

На рентгеновском снимке зуба 5.5, на дистально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, на всем протяжении корней прослеживается неравномерное расширение периодонтальной щели. Фолликул зуба 3.4 представлен в виде просветления округлой формы с четким, нигде не прерывающимся ободком уплотнения – это компактная пластинка стенок фолликула, коронка и шейка зуба обызвествляются.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику с хроническим периодонтитом.
3. Какова Ваша тактика лечения?
4. Каковы анатомо-топографические особенности зуба 5.5?
5. Опишите второй период развития пульпы временных зубов.

Ситуационная задача № 10

Подросток 13 лет жалуется на наличие кариозной полости.

Из данных анамнеза заболевания, со слов мамы, данный зуб лечили около трех лет назад по поводу кариеса, пломба выпала месяц назад. Гигиенический уход за полостью рта нерегулярный.

Общий медицинский анамнез: аллергическая реакция в виде крапивницы на местные анестетики.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, дыхание носовое, глотание свободное. Губы сомкнуты, напряжение мышц визуально и пальпаторно не определяется, носогубные и подбородочная складка умеренно выражены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: преддверие полости рта средней глубины. Уздечки верхней и нижней губ прикреплены у основания десневого сочочка. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета.

4.4 зуб – на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некротическим дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, болезненное, реакция на холод положительная, медленно-проходящая, ЭОД в пределах 55 мкА.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какова Ваша тактика лечения для данной клинической ситуации, перечислите этапы лечения?
3. Каковы топографические особенности зуба 4.4?
4. Опишите метод препарирования корневого канала техникой Step Back.

ГЛАВА III

ХРОНИЧЕСКИЕ ПУЛЬПИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Ситуационная задача №1

В стоматологическую клинику обратился папа с подростком 16-ти лет с жалобами на самопроизвольную, приступообразную боль, усиливающуюся при приеме пищи, в ночное время. Со слов подростка, зуб беспокоил больше месяца назад, но к стоматологу не обращался, так как приступ боли купировался самостоятельно. Последние 2 дня зуб стал беспокоить сильно. Гигиенический уход за зубами осуществляет регулярно. Папа отмечает, что ребенок любитель сладкого, чипсов, газированных напитков. В маленьком возрасте часто посещал стоматолога, но уже последние 3-4 года на приеме не был. Со слов родителя, ребенок практически здоров, у педиатра на диспансерном учете не состоит.

При внешнем осмотре физическое развитие подростка соответствует возрасту, нормальное телосложение, осанка прямая, энергичная, свободная походка, положение головы прямое. Лицо симметричное, кожные покровы чистые, без патологических высыпаний. Дыхание ротовое, глотание свободное, напряжение мимических мышц не отмечено. Красная кайма губ сухая, с признаками шелушения. Преддверие полости рта средней глубины, уздечки верхней и нижней губ прикреплены у основания десневого сосочка. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета.

На медиально-апроксимальной поверхности зуба 4.3 имеется глубокая кариозная полость, при зондировании отмечается сообщение с полостью зуба, резко болезненное, перкуссия болезненная, реакция на холод вызывает медленно проходящую боль, слизистая оболочка вокруг зуба без изменений. На рентгенограмме зуба 4.3, на медиально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, разрежение костной ткани в виде неравномерного расширения периодонтальной щели.

Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз в данной клинической ситуации?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Опишите топографические особенности зуба 4.3.
4. Какова Ваша лечебная тактика в данном случае?

Ситуационная задача № 2

В стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 4-х лет с жалобой на самопроизвольную боль в зубе, усиливающуюся при приеме пищи, в ночное время.

Стоматологический анамнез: со слов мамы, последние сутки ребенок начал жаловаться на боль в зубе, особенно при приеме пищи. Периодически возникает неприятный запах изо рта. Ранее ребенок жаловался на зубную боль, но постепенно боль купировалась, к стоматологу не обращались. Некоторое время назад заметили, что зуб начал темнеть. Родители отмечают, что первые зубы прорезались в 4 месяца, гигиенический уход за зубами не регулярный. В 1,5 года серебрили 4 передних зуба на верхней челюсти.

Общий медицинский анамнез: ребенок здоровый, с рождения практически не болеет, на диспансерном учете не состоит. Физиологическое состояние соответствует возрасту, осанка, положение головы соответствуют нормальным показателям. Ребенок активный, аппетит хороший, аллергических реакций не выявлено.

Лицо симметричное, дыхание носовое, открывание рта свободное, глотание соматическое, без каких-либо патологий. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации. Кожные покровы обычной окраски, губы сомкнуты, напряжение мышц визуально и пальпаторно не определяется. Преддверие полости рта средней глубины, уздечка верхней губы прикреплена у вершины сосочка. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зубная формула

		с	pl	с	с	с			
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
		с						с	

Прикус – временный.

Зуб 5.2 изменен в цвете, эмалевые островки сохранены только в пришеечной трети и по режущему краю коронки. Дентин в центральной части коронки посеребрен. На медиально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, выполненная размягченным, некротическим дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, через которое видна пульпа серо-грязного цвета, глубокое зондирование вызывает болезненность. На рентгенограмме 5.2 зуба – корни сформированы, обычной длины, отмечаются патологические изменения в периодонте в виде расширения периодонтальной щели.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику с поставленным диагнозом.
3. Какова Ваша тактика лечения?
4. Каковы топографические особенности временных зубов?

Ситуационная задача № 3

В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 5-ти лет с жалобами на самопроизвольную приступообразную боль в зубе на нижней челюсти слева, усиливающуюся при приеме пищи. Со слов мамы, ребенок периодически жаловался на больной зуб, но поскольку приступ боли купировался самостоятельно, к врачу не обращались. Зуб беспокоит в течение двух суток, и боль начала нарастать. Ночью, как отмечает мама, у ребенка была субфебрильная температура 37,5 °С, ребенок был беспокойный и указывал на больной зуб.

Данные общего медицинского анамнеза: у ребенка стафилококковая инфекция, экссудативный диатез, частые ОРВИ.

При внешнем осмотре лицо симметричное, на кожных покровах лица, шеи имеются корочки, местами видны зачесы, в подчелюстной области слева отмечается увеличение лимфатических узлов с размером в «горошину», открывание рта свободное.

В полости рта: на жевательной поверхности зуба 7.5 – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некродентином. При зондировании обнаружено сообщение с полостью зуба, резко болезненное, перкуссия положительная, реакция на температурные раздражители – медленно проходящая боль, слизистая вокруг зуба отечна, гиперемирована.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенологическую картину.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова тактика лечения в первое посещение?
5. Опишите 3-й период развития пульпы временного зуба.

Ситуационная задача № 4

В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с подростком 14-ти лет с жалобами на самопроизвольные боли в зубе на нижней челюсти слева, усиливающиеся в ночное время.

Из данных анамнеза заболевания: со слов подростка, зуб болит в течение трех дней, последние сутки болевой приступ усилился. Мама точно не помнит, какой зуб на нижней челюсти слева, но год назад лечили по диагнозу кариес. Со слов подростка, зубы чистит регулярно, меняет щетку каждые 3 месяца.

При объективном обследовании: конфигурация лица неизменена, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, без патологических изменений.

В зубе 3.7, на жевательной поверхности имеется наполовину разрушенная пломба из композитного материала, при зондировании выявлено сообщение с полостью зуба, болезненное, перкуссия болезненная, реакция на холод вызывает резкую длительную болевую реакцию, слизистая по переходной гиперемирована, отечна.

При рентгенологическом исследовании зуба 3.7 – на жевательной поверхности – пломба в пределах пульпарного дентина, стенки корней расположены параллельно друг другу, в области верхушки заострены, корневой канал широкий, заканчивается в области верхушки корня раструбом (воронкообразным расширением).

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. На какой стадии формирования корня находится зуб 3.7?
3. Какова Ваша тактика лечения?
4. Каков алгоритм медикаментозной обработки корневых каналов постоянных зубов?

Ситуационная задача № 5

В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 6-ти лет с жалобами на самопроизвольные боли, усиливающиеся при приеме теплой пищи, в ночное время. Из данных анамнеза заболевания, со слов мамы, в возрасте 3-4-х лет лечили данный зуб, в течение трех дней ребенок жалуется, указывая на больной зуб, но боль становится со временем сильнее. Как отмечает мама, ребенок с неохотой чистит зубы, в основном утром.

Данные общего медицинского анамнеза: в 3 года была ветряная оспа, ОКИ, в 5 лет была госпитализация по поводу пневмонии.

Объективные данные: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы справа увеличены, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, открывание рта свободное.

В полости рта: 8.4 зуб изменен в цвете, на жевательной поверхности частично сохранена пломба, краевое прилегание пломбы нарушено, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, глубокое зондирование болезненное, перкуссия болезненная, реакция на тепло положительная, длительная, на холод реакция отсутствует.

На рентгенограмме 8.4 зуба рентгеноконтрастный материал частично заполняет полость зуба и устья корневых каналов,

обнаруживается неплотное прилегание к твердым тканям, неравномерное расширение периодонтальной щели.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте Вашу тактику лечения.
3. Какой ирригационный раствор в 8.4 зубе Вы будете использовать для медикаментозной обработки корневых каналов, опишите его?

Ситуационная задача № 6

В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 12 лет, жалобы на приступообразную боль на нижней челюсти справа, усиливающуюся при приеме пищи, в ночное время.

Из данных анамнеза заболевания: со слов мамы, больной зуб лечили полгода назад, при этом врач предупредила, что нерв в зубе удаляется не полностью, и положила лекарство под временной пломбой, но в указанный срок не явились. Как отмечает ребенок, пломба выпала месяц назад, зуб беспокоит в течение суток.

Данные медицинского анамнеза: ребенок практически здоров, на диспансерном учете у педиатра не состоит.

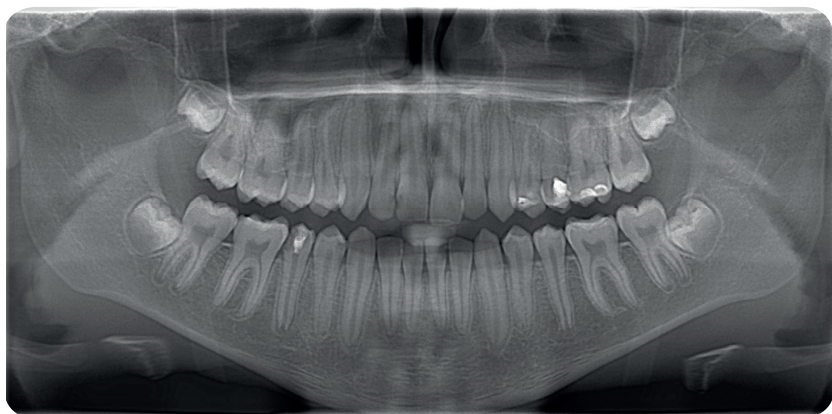


Рисунок 9. Ортопантомограмма ребенка 12-ти лет

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В полости рта: преддверие полости рта в норме, обильное отложение мягкого зубного налета в области всех зубов, слизистая десен отечна, гиперемирована.

Зуб 3.5 – на дистально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, полость зуба заполнена кальций содержащим материалом, перкуссия зуба положительная, реакция на холод вызывает резкую медленно проходящую боль, слизистая по переходной складке без изменений, но болезненна при пальпации.

Вопросы:

1. Опишите рентгенологическую картину зубов по ортопантомограмме.
2. Каков Ваш предварительный диагноз?
3. Чему равен индекс интенсивности? Поставьте диагноз по активности кариозного процесса.
4. Обоснуйте Ваш выбор лечения и тактику лечения в первое посещение.
5. Какие рекомендации необходимо ребенку по поводу наличия обильного отложения на зубах и воспаления слизистой десен?

Ситуационная задача № 7

В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 4 лет с жалобами на приступообразную боль в зубе на верхней челюсти слева, усиливающуюся при приеме пищи, в ночное время. Со слов мамы, ребенок на зуб жалуется периодически, но последние сутки боли усилились, не спали всю ночь, ребенок плакал. Как отмечает мама, зубы начали портиться сразу после прорезывания, посещали детского стоматолога, в два года проводилась реминерализующая терапия.

Данные общего медицинского анамнеза: ребенок часто болеет ОРВИ, осложняющейся острым бронхитом, как отмечает мама, болеют часто из-за посещения детского сада.

При объективном обследовании: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

В полости рта: в 6.4 зубе – апроксимальные стенки зуба разрушены, на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, заполненная размягченным некротическим дентином, при зондировании отмечается сообщение с полостью зуба, болезненное, перкуссия сравнительная, реакция на холод вызывает резкую продолжительную боль, слизистая оболочка по переходной складке гиперемирована, болезненна при пальпации. На рентгенограмме зуба 6.4, корни сформированы, верхушка корней закрыта, но имеется неравномерное расширение периодонтальной щели в области бифуркации и верхушки корней.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какова Ваша тактика лечения?
3. Опишите особенности клинического течения пульпитов временных зубов.

ОСТРЫЕ ПЕРИОДОНТИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Ситуационная задача № 1

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 4-х лет с жалобами на припухлость правой щеки в области верхней челюсти, повышение температуры до 37,5 °С, ухудшение общего самочувствия. Со слов мамы, ребенок начал указывать на больной зуб при приеме пищи два дня назад, но боли в зубе усилились за последние сутки, припухлость появилась утром. Ранее данный зуб не беспокоил. Ухудшение общего самочувствия и повышение температуры наблюдаются с ночи.

При объективном обследовании: рот приоткрыт, асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области верхней челюсти справа, кожа над припухлостью напряжена, гиперемирована, пальпация болезненна, регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

На жевательной поверхности зуба 5.5 имеется кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некродентинном, зондирование стенок и дна кариозной полости безболезненное, перкуссия резко болезненная, болевая реакция на температурные раздражители отсутствует. Слизистая вокруг зуба гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена, подвижность зуба I степени.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Опишите рентгенологическую картину при данном диагнозе.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Объясните пути движения экссудата при остром процессе в периодонте.

Ситуационная задача № 2

В стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 3,5 года с жалобами на боль в зубе, болезненность при приеме пищи в течение суток.

Из анамнеза: со слов мамы выяснилось, что передние верхние зубы лечили около года назад, так как они начали портиться сразу после прорезывания. Гигиенический уход за зубами мама проводит ежедневно утром и перед сном.

Данные общего медицинского анамнеза: ребенок с двух лет ходит в садик и часто болеет простудными заболеваниями, острым бронхитом. Конфигурация лица не нарушена, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

В полости рта: в области фронтальных зубов верхней челюсти 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 имеются пломбы в пришеечной области из стеклоиономерного цемента, в 5.1 зубе – на медиально-апроксимальной поверхности – кариозная полость, заполненная некротическим дентином, зондирование стенок и дна безболезненное, перкуссия резко болезненная, реакция на температурные раздражители отсутствует, слизистая вокруг зуба отечна и гиперемирована.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Опишите рентгенологическую картину, характерную для данной ситуации.
3. Какова Ваша тактика лечения?
4. Проведите дифференциальную диагностику.

Ситуационная задача № 3

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 12 лет с жалобами на постоянную локализованную боль в зубе на нижней челюсти справа, усиливающуюся при накусывании и прикосновении к зубу.

Стоматологический анамнез: со слов мамы, больной зуб лечили по поводу глубокого кариеса два года назад, врач предупредила, если будут беспокоить боли, то необходимо зуб депульпировать. Но в течение этого времени жалоб ребенок не предъявлял. Со слов

мамы, ребенок практически здоров, активно занимается спортом, хорошие показатели учебы в школе.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфоузлы не пальпируются, открывание рта свободное. В полости рта: на жевательной поверхности 4.6 зуба имеется пломба из композитного материала светового отверждения, краевое прилегание пломбы нарушено, зондирование зуба безболезненное, перкуссия болезненная, реакция на холод отсутствует, слизистая вокруг зуба без изменений.

На рентгенограмме: в 4.6 зубе на жевательной поверхности имеется рентгеноконтрастный материал, восполняющий кариозный дефект, близко прилежащий к полости зуба, обнаруживается неплотное прилегание материала к твердым тканям зуба, видимых изменений в периодонте и костной ткани вокруг зуба нет.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
3. Обоснуйте вашу тактику лечения.
4. Опишите патогистологическую картина поставленного диагноза.

Ситуационная задача № 4

Подросток 17 лет жалуется на постоянную ноющую боль, усиливающуюся даже при легком прикосновении к зубу, чувство «выросшего зуба».

Из данных анамнеза: со слов подростка, зуб беспокоит в течение недели, вначале боли были несильные, последние сутки боль усилилась, стала постоянной, невыносимой. Ранее зуб не лечен. Из данных общего анамнеза: состоит на диспансерном учете у невропатолога по поводу мигрени, ВСД.

При объективном обследовании: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы слева увеличены, болезненны при пальпации, кожные покровы чистые, открывание рта свободное.

В полости рта: в 3.7 зубе – на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, полость зуба не вскрыта, зондирование стенок и дна кариозной полости безболезненно, перкуссия резко

болезненна в вертикальном направлении, затем в горизонтальном. Слизистая оболочка переходной складки и альвеолярного отростка язычной поверхности отечна, гиперемирована. ЭОД – свыше 100 мкА. На прицельной рентгенограмме 3.7 зуба со стороны костной ткани изменений нет.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Каков алгоритм лечебных мероприятий?
3. Каковы принципы эндодонтической обработки системы корневых каналов?

Ситуационная задача № 5

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 3,5 лет с жалобами на припухлость верхней губы, недомогание, повышение температуры. Со слов мамы, последние три дня ребенок показывал на зуб при приеме пищи, последние сутки ребенок плачет, капризничает, отказывается от еды, с утра появился небольшой отек верхней губы слева, который быстро начал нарастать.

Из анамнеза заболевания: после прорезывания зубов у ребенка начали быстро появляться светло-желтые пятна, не было болезненных ощущений, поэтому в силу маленького возраста к врачу не обращались. Общий медицинский анамнез, со слов мамы, ребенок практически здоров, только состоит на диспансерном учете у невропатолога по поводу задержки речевого развития, посещает логопеда, каждые 3 месяца проходит курс лечения.

При объективном обследовании: асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области верхней губы слева, кожа над припухлостью напряжена, подчелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, при пальпации безболезненны.

В полости рта: коронка 6.1 зуба разрушена на 1/3, кариозные полости на апроксимальных поверхностях, выполненные размягченным некродентином, зондирование стенок и дна кариозной полости безболезненное, перкуссия резко болезненная, реакция на температурные раздражители отсутствует, слизистая по переходной складке сглажена, болезненна, подвижность I степени.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Опишите рентгенологическую картинку.
3. Какие мероприятия необходимо провести в первое посещение?
4. Каковы особенности клинического течения острого апикального периодонтита у детей?

Ситуационная задача № 6

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 8-ми лет с жалобами на боль в зубе постоянного характера, усиливающуюся при накусывании. Из данных анамнеза заболевания, со слов мамы, ребенок жалуется на зуб вторые сутки, который больше года назад был лечен по поводу кариеса. Врач предупредила, что если будут боли, то необходимо удалять нерв, но в течение этого времени зуб не беспокоил.

При объективном обследовании, лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

В полости рта: 2.6 зуб – на жевательной поверхности – композитная пломба светового отверждения, краевое прилегание пломбы не нарушено, перкуссия зуба резко болезненная, реакция на температурные раздражители отсутствует, слизистая по переходной складке в проекции корней гиперемирована, болезненна при пальпации. На рентгенограмме 2.6 зуба – пломба на жевательной поверхности в пределах околопульпарного дентина, не плотно прилегающая к твердым тканям, длина корня достигает почти нормальной величины, стенки корней расположены параллельно друг другу, в области верхушки заострены, корневые каналы широкие, периодонтальная щель у верхушек расширена.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. На какой стадии формирования корней находится 2.6 зуб у данного ребенка?
3. Дайте определение понятия об апексификации.
4. Охарактеризуйте каждый этап лечения.

Ситуационная задача № 7

Подросток 14-ти лет обратился с жалобами на постоянную ноющую боль в зубе на верхней челюсти слева, усиливающуюся даже при легком прикосновении к зубу, на чувство “выросшего” зуба.

Из данных анамнеза заболевания: зуб беспокоит в течение 2-х дней, но в последние сутки боль усилилась.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, подчелюстные лимфатические узлы слева несколько увеличены и болезненны при пальпации. Общее состояние не нарушено, температура тела нормальная.

В полости рта: 2.6 зуб – на жевательной поверхности – пломба светового отверждения, перкуссия резко положительная, реакция на температурные раздражители отсутствует, слизистая оболочка в области проекции корней зуба гиперемирована, отечна, пальпация болезненна. Симптом вазопареза положительный. ЭОД – 200 мкА.

На рис. 10, в 2.6 зубе – на жевательной поверхности визуализируется пломбиривочный материал, близко расположенный к полости зуба, неплотно прилегающий в области околопульпарного дентина. Со стороны периодонта патологических изменений нет.

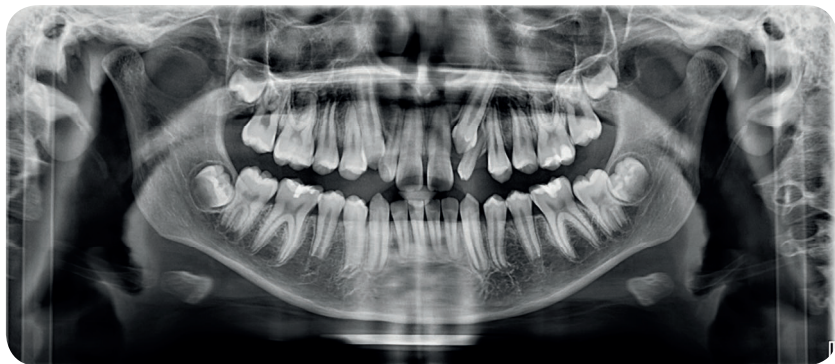


Рисунок 10. Ортопантомограмма ребенка 14-ти лет

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какова Ваша тактика лечения в первое посещение?
3. Какие инструменты применяются для расширения устья корневого канала?

ХРОНИЧЕСКИЕ ПЕРИОДОНТИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Ситуационная задача № 1

Во время профилактического осмотра у подростка 14-ти лет был обнаружен зуб, измененный в цвете, с частично выпавшей пломбой.

Из данных анамнеза заболевания: со слов больного, зуб ранее был лечен, но после лечения долгое время зуб беспокоил при жевании, боли со временем самостоятельно купировались. Мама отмечает, что ребенок нерегулярно чистит зубы.

Из данных общего медицинского анамнеза: хронический бронхит, в 12 лет была операция аппендэктомия, частые запоры, ребенок быстро устает.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В полости рта десневой край цианотичный, десневые сосочки рыхлые, имеется обильное отложение пигментного зубного налета.

Зуб 3.6 – изменен в цвете, медиально-апроксимальная стенка разрушена, на жевательной поверхности пломба частично сохранена, глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, некродентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, безболезненное, перкуссия безболезненная, реакция на температурные раздражители отрицательная, слизистая оболочка вокруг зуба без изменений, подвижность зуба отсутствует. ЭОД – свыше 100 мкА. На рентгенограмме 3.6 зуба определяется расширение периодонтальной щели в области верхушки корня, деформация ее с сохранением четких контуров компактной пластинки кости альвеолы.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Каков алгоритм лечения данного зуба?

Ситуационная задача № 2

В стоматологическую клинику обратились родители с подростком 15-ти лет с жалобами на наличие кариозной полости, застревание пищи. Из анамнеза, со слов мамы, данный зуб лечили два года назад, но периодически ребенок жаловался на зуб, острых болей не отмечалось, боли купировались самостоятельно, и к врачу не обращались. Но в последнее время зуб начал темнеть. Подросток отмечает регулярный гигиенический уход за полостью рта. Родители жаловались, что сын злоупотребляет газированными напитками, любитель сладкого.

Из данных общего медицинского анамнеза: подросток часто болеет простудными заболеваниями, в год несколько раз ангиной, страдает анемией I степени.

Данные объективного исследования: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В полости рта слизистая десен гиперемирована, местами отечна, обильное отложение наддесневого зубного налета, камня.

2.2 зуб – изменен в цвете, на дистально-апроксимальной поверхности – композитная пломба светового отверждения, краевое прилегание пломбы нарушено, зондирование безболезненное, при перкуссии незначительная болезненность, реакция на температурные раздражители отсутствует, симптом вазопареза положительный, в проекции корня зуба на слизистой нежный рубец, след свища, подвижность зуба отсутствует. ЭОД – свыше 100 мкА.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какая рентгенологическая картина при данной симптоматике?
3. опишите симптом вазопареза.
3. Каков алгоритм лечения?
4. Каков прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача № 3

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 5 лет с целью профилактического осмотра.

Из данных анамнеза: со слов мамы, зубы ребенку санировали 2 года назад под общим обезболиванием, ребенок чистит зубы регулярно, щетку меняют каждые два месяца. Общий медицинский анамнез: часто болеет простудными заболеваниями, в 4 года перенес корь в тяжелой форме, аллергическая реакция в виде сыпи на аминогликозиды.

Данные объективного обследования: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

В полости рта: 8.4 зуб – на жевательной поверхности – пломба, краевое прилегание нарушено, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, безболезненное, перкуссия безболезненная, реакция на температурные раздражители отсутствует, слизистая вокруг зуба без изменений.

На рентгенограмме 8.4 зуба – на жевательной поверхности – пломба, краевое прилегание которой нарушено, материал лежит в устьях корневых каналов, определяется деформация периодонтальной щели в области верхушки за счет ее расширения, без нарушения целостности компактной пластинки.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите лечение данного зуба.
3. Назовите и опишите осложнения, связанные с периодонтитом временных зубов.

Ситуационная задача № 4

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 7 лет, жалобы ребенка были на неприятные ощущения в зубе на нижней челюсти слева.

Из данных стоматологического анамнеза: со слов мамы, раньше данный зуб лечили, но ребенок периодически жаловался на боли в зубе при приеме пищи, острые боли отсутствовали, к врачу не обращались. Ребенок зубы чистит с трудом, в большинстве случаев только утром.

Данные медицинского анамнеза: ребенок страдает хроническими запорами, отстаёт от сверстников в росте, не набирает по весу.

Данные объективного обследования: лицо симметричное, кожные покровы чистые, поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, болезненны при пальпации, открывание рта свободное.

В полости рта: в 7.4 зубе на дистально-апроксимальной поверхности – пломба химического отверждения, на медиально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, выполненная остатками пищи, некродентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, безболезненное, перкуссия дает тупой, глухой звук – тимпатический, реакция на температурные раздражители отсутствует, пальпация по переходной складке безболезненная, при надавливании на десну головкой штопфера отмечается небольшое углубление, побледнение десны в этом участке, сменяющееся довольно стойким покраснением, длящимся несколько минут, подвижность зуба I степени.

На рентгенограмме 7.4 зуба – на дистально-апроксимальной поверхности – пломба, в пределах околопульпарного дентина, на медиально-апроксимальной поверхности – кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Под бифуркацией участок деструкции костной ткани с нечеткими контурами, патологическая резорбция внутренних поверхностей (резорбция вертикальная от бифуркации дистального и медиального корней). Имеется значительный промежуток между бифуркацией и фолликулом. Компактная пластинка верхней стенки фолликула зачатка 3.4 зуба и лунки зуба 7.4 в зоне патологического процесса не определяется.

Вопросы:

1. Каков Ваш диагноз?
2. Опишите причины данного заболевания.
3. Какова Ваша тактика лечения?
4. Каковы показания к экстракции временных зубов при хроническом воспалении периодонта?

Ситуационная задача № 5

Во время профилактического осмотра у ребенка 6-ти лет обнаружен свищ на десне в области нижней челюсти справа.

Из данных анамнеза: со слов мамы, свищ видят впервые, ребенок жалоб не предъявлял. Два года назад просанировали кариозные полости, мама сама чистит зубы ребенку два раза в день.

Из данных общего медицинского анамнеза: с 1,5 лет страдает атопическим дерматитом, часто болеет простудными заболеваниями.

Данные объективного обследования: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

8.5 зуб – на жевательной поверхности – кариозная полость, заполненная остатками пищи, некродентином, на дне зуба частично сохранен пломбировочный материал, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, безболезненное, при перкуссии отмечается незначительная реакция, реакция на температурные раздражители отсутствует, на десне свищ в области проекции верхушки медиального корня, отделяемое отсутствует.

Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз, опишите основные особенности клинического течения данного заболевания?
2. Каков Ваш алгоритм лечения?
3. В каком возрасте показана экстракция временного зуба с патологическим процессом в костной ткани?

Ситуационная задача № 6

В стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 9 лет, жалобы ребенка были на выпадение пломбы.

Из данных стоматологического анамнеза: со слов мамы, данный зуб лечили год назад по поводу кариеса, но после лечения ребенок долгое время жаловался на невозможность жевания данным зубом, болезненность, но боли самостоятельно прошли, к врачу не обращались.

Данные общего медицинского анамнеза: со слов мамы ребенок практически здоров, активно занимается спортом, питается правильно, пьет регулярно минерально-витаминный комплекс.

Данные объективного обследования: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

В полости рта: 2.6 зуб – на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некродентином, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование безболезненное, пульпа зуба некротизирована, перкуссия безболезненная, реакция на температурные раздражители отсутствует, подвижности зуба нет.

На прицельном снимке: 2.6 зуб – на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, стенки корня сформированы в стадии незакрытой верхушки, корневые каналы широкие с меньшим диаметром в области верхушки, неравномерное расширение периодонтальной щели, но в области верхушки она представляется более широкой.

Вопросы:

1. Каков Ваш диагноз?
2. Какова Ваша тактика лечения в первое посещение?
3. Дайте определение понятия об апексофикации. Что такое материал, используемый при данной процедуре, длительность лечения?

Ситуационная задача № 7

В стоматологическую клинику обратилась мама с подростком 14-ти лет с жалобами на потемнение зуба в области верхней челюсти слева.

Из данных анамнеза заболевания: два года назад ребенок получил травму переднего зуба, разрыв мягких тканей, обращались в отделение челюстно-лицевой хирургии, был наложен шов, зуб под наблюдением. Больше к врачу не обращались.

Общий медицинский анамнез: со слов мамы ребенок здоров, в раннем детстве перенесли гепатит А, ветрянку, аллергоанамнез не отягощен.

При объективном обследовании: конфигурация лица сохранена, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

2.1 зуб – дистальный угол сколот, изменен в цвете, зондирование и перкуссия безболезненны, реакция на температурные раздражители отсутствует, слизистая по переходной складке без

изменений. ЭОД – свыше 100 мкА. На рентгенограмме 2.1 зуба обнаруживается очаг деструкции округлой формы в области верхушки корня, четко ограниченный от нормальной кости.

Вопросы:

1. В чем причина изменения цвета зуба?
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите лечение.
4. Опишите технику пломбирования методом латеральной конденсации.

Ситуационная задача № 8

В стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 5-ти лет, жалобы на наличие кариозной полости.

Из данных анамнеза заболевания: со слов мамы, дважды ставили пломбу на данный зуб, но пломбы постоянно выпадают.

При объективном обследовании ребенка: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное.

В полости рта: 6.4 зуб – кариозная полость на жевательной и дистально-апроксимальной поверхностях, заполненная остатками пищи, размягченным некродентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, безболезненное, перкуссия безболезненна, реакция на температурные раздражители отсутствует. Слизистая оболочка вокруг зуба без изменений, но десневой сосочек между 64 и 65 зубами отечен, гиперемирован из-за постоянной травмы десны пищей.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести, чтобы поставить окончательный диагноз?
3. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь? Опишите общие признаки и различия.

ГЛАВА VI

ХРОНИЧЕСКИЕ ПЕРИОДОНТИТЫ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Ситуационная задача № 1

В детскую стоматологическую клинику обратились родители с подростком 16-ти лет с жалобами на постоянную ноющую боль в зубе на верхней челюсти слева, резкую боль при прикосновении языком, невозможность приема пищи, так как накусывание на зуб вызывает невыносимую боль.

Из данных анамнеза: больной зуб лечили 2-3 года назад по поводу кариеса, зуб периодически беспокоил, к доктору не обращались. Пломба выпала две недели назад, зуб беспокоит второй день. Со слов мамы, ночью у ребенка было повышение температуры до 38 °С, симптомы ОРВИ. В 4 года санация зубов была проведена под общим обезболиванием. Гигиенический уход за зубами нерегулярный. Общий медицинский анамнез: хронический бронхит, тонзиллит. В 3 года перенес ветрянку.

Объективные данные: асимметрия лица за счет коллатерально-го отека мягких тканей левой щечной области верхней челюсти, кожные покровы чистые, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации.

В полости рта: 2.4 зуб – изменен в цвете, гнилостный запах, дистально-апроксимальная стенка разрушена, на жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, наполненная остатками пищи, некротическим дентином. Зондирование безболезненное, перкуссия резко болезненная, реакция на температурные раздражители отсутствует, подвижность зуба I степени, слизистая оболочка вокруг зуба гиперемирована и отечна, пальпация болезненная, переходная складка сглажена. Рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели в области верхушки корней, деформация ее с сохранением четких контуров компактной пластинки кости альвеолы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести в первое посещение?
4. Каким требованиям должны соответствовать лекарственные средства для обработки корневых каналов?

Ситуационная задача № 2

В детскую стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 12-ти лет. Жалобы подростка были на постоянную ноющую боль в зубе на верхней челюсти слева, усиливающуюся при накусывании, на ощущение чувства «выросшего» зуба.

Из анамнеза заболевания: зуб беспокоит в течение суток, ранее лечили данный зуб, через некоторое время после лечения появилась шишка на десне, которая самостоятельно исчезает и появляется вновь, из-за отсутствия болей к врачу не обращались. Со слов подростка, гигиенический уход за зубами регулярный, зубную щетку меняет каждые два месяца.

Из данных общего медицинского анамнеза: две недели назад перенес герпетическую ангину, после чего начал беспокоить зуб и появилась шишка на десне. В дошкольном возрасте часто болел простудными заболеваниями.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, подчелюстной лимфаденит слева, открывание рта свободное.

В полости рта: 1.6 зуб – на медиально-апроксимальной поверхности – пломба светового отверждения, краевое прилегание пломбы нарушено, зондирование безболезненное, перкуссия положительная, реакция на температурные раздражители отсутствует, по переходной складке в проекции верхушек корней наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, слизистая вокруг зуба отечна, гиперемирована. На рентгеновском снимке 1.6 зуба – пломба на медиально-апроксимальной поверхности, небный канал и дистально-щечный obturирован на 1/3 длины зуба, медиальные каналы пустые, в области верхушки определяется разрежение костной ткани без четких границ в виде языков пламени.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте патогистологическую характеристику поставленному диагнозу.
3. Какие требования предъявляют к силерам для постоянной obturации корневых каналов?

Ситуационная задача № 3

В детскую стоматологическую клинику обратились родители с подростком 15 лет. Жалобы мальчика были на постоянную ноющую боль в зубе на нижней челюсти справа, усиливающуюся при прикосновении языком и накусывании на зуб.

Стоматологический анамнез: со слов мамы у ребенка сильный страх посещения стоматолога с детства, зубы беспокоят периодически, но болевые приступы купировались самостоятельно и к врачу не обращались, мама отмечает также гнилостный запах изо рта. Но данный зуб беспокоит неделю и боли стали постоянные и болевой приступ усилился, ребенок не может принимать пищу.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

В полости рта: 4.4 зуб – вестибулярная стенка зуба разрушена (рис. 11).

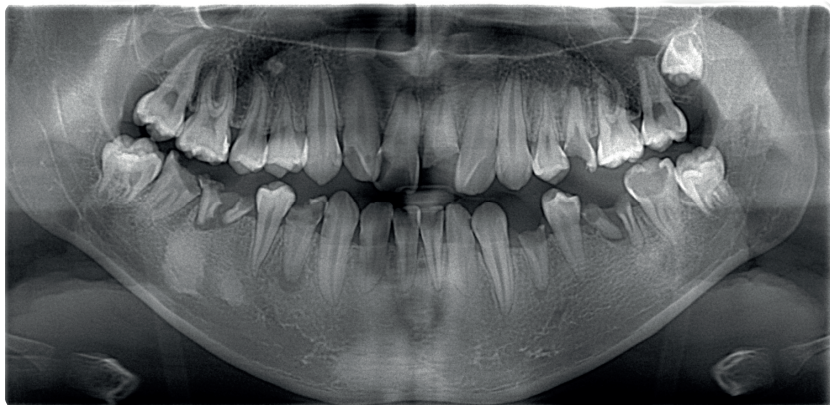


Рисунок 11. Ортопантомограмма подростка 15-ти лет

На жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненное, перкуссия резко положительная, подвижность зуба I степени, слизистая оболочка отечна, гиперемирована, симптом вазопареза положительный. На рис. 11, 4.4 зуб – очаг разрежения костной ткани у верхушки корня зуба округлой формы с четкими границами.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков Ваш алгоритм лечения?
3. Как определяют рабочую длину при апикальной резорбции?

Ситуационная задача № 4

В стоматологическую клинику обратилась мама с подростком 15-ти лет с жалобами на постоянную боль в верхней челюсти с правой стороны, усиливающуюся при накусывании, на чувство «выросшего» зуба. По словам подростка, зуб беспокоил его последние 3 дня.

Из данных анамнеза заболевания: больной зуб лечили с удалением нерва год назад. После лечения зуб беспокоил в течение месяца. Как отмечает мама, у ребенка с детства слабые зубы, поэтому регулярно посещают стоматолога. Гигиенический уход за зубами не является постоянным.

Из общего анамнеза: ребенок страдает тонзиллитом, хроническим пиелонефритом, аллергической реакцией на аминокликозиды. Лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы справа слегка увеличены, болезненны при пальпации. Температура тела нормальная, общее состояние удовлетворительное.

В полости рта: 1.5 зуб – на жевательно-дистальной поверхности имеется композитная пломба, зондирование безболезненно, при перкуссии резкая болезненность, патологическая подвижность зуба I степени. На рентгенограмме 1.5 зуба – пломба на жевательно-дистальной поверхности, корневой канал obturated на 1/2 длины корня, в области верхушки корня очаг деструкции костной ткани с четкими границами, диаметром до 0,6 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какова особенность наложения временного силера в данном клиническом случае?

Ситуационная задача № 5

В стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 4-х лет с жалобами на припухлость верхней губы справа.

Из данных стоматологического анамнеза: со слов мамы, небольшая припухлость появилась вечером, к утру увеличилась, до появления припухлости ребенок в течение суток жаловался на боль в зубе. Ночью наблюдалось повышение температуры до 37 °С, ребенок капризничал, плакал.

Из анамнеза заболевания: данный зуб лечили больше года назад, ставили пломбу. Гигиенический уход за полостью рта ребенка осуществляет мама, периодически забывая чистить зубы ребенку.

Данные общего медицинского анамнеза: ребенок часто болеет простудными заболеваниями.

При объективном обследовании: конфигурация лица нарушена за счет коллатерального отека мягких тканей верхней губы справа, кожа над припухлостью напряжена, подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации.

При осмотре полости рта: 5.1 зуб – пломба светового отверждения на медиально-апроксимальной поверхности, зондирование безболезненное, перкуссия резко положительная, реакция на температурные раздражители отсутствует, сглаженность по переходной складке, подвижность I степени. На рентгенограмме 5.1 зуба – патологическая резорбция более на 1/2 длины корня, с разрежением костной ткани с нечеткими границами и разрывом кортикальной пластинки зачатка 1.1 зуба.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение понятия патологической резорбции.
3. Обоснуйте Вашу тактику лечения.
4. Каковы последствия преждевременного удаления временных зубов?

Ситуационная задача № 6

Подросток 13-ти лет жалуется на постоянную ноющую боль в зубе, усиливающуюся при накусывании.

Из данных анамнеза заболевания: со слов мамы, больной зуб лечили 2 года назад, удаляли нерв, ставили пломбу. В последние полгода начали замечать изменение цвета зуба. Зуб болит двое суток.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы на стороне больного зуба увеличены, болезненны при пальпации, открывание рта свободное. В полости рта: 1.4 зуб – изменен в цвете, пломба на жевательной поверхности, перкуссия резко болезненна, слизистая вокруг зуба отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации в области проекции верхушки корней зуба.

Вопросы:

1. *Поставьте предварительный диагноз.*
2. *Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?*
3. *Какие проблемы могут возникнуть на этапе инструментальной обработки каналов? Перечислите и опишите их.*

Ситуационная задача № 7

В клинику детской стоматологии обратилась мама с ребенком 5-ти лет с жалобами на появление у ребенка припухлости щеки справа, в области нижней челюсти, на боль в зубе.

Из данных анамнеза заболевания: со слов мамы, на боль в зубе ребенок жалуется в течении недели, последние два дня боль усилилась, наблюдалась субфебрильная температура, с ночи появился отек. Ранее данный зуб лечили, пломбировали каналы.

При объективном обследовании: конфигурация лица нарушена за счет коллатерального отека мягких тканей щеки в области нижней челюсти справа, кожные покровы чистые, кожа над отеком напряжена, подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации, открывание рта свободное.

В полости рта: 8.4 зуб – на жевательной поверхности – пломба из СИЦ, краевое прилегание пломбы нарушено, зондирование

безболезненное, перкуссия резко положительная, реакция на температурные раздражители отсутствует, слизистая по переходной складке в проекции верхушек корней сглажена, болезненна.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
2. О каком заболевании идет речь?
3. Неотложные лечебные мероприятия в данной клинической ситуации?
4. Какие особенности анатомии корневых каналов временных моляров?

Ситуационная задача № 8

Ребенок 4.5 лет. Со слов родителей, жалуется на постоянную, ноющую боль, усиливающуюся при накусывании.

Из данных анамнеза заболевания: со слов мамы, зуб беспокоит периодически, но за помощью не обращались, так как болевые ощущения в зубе быстро стихали. На десне появляется свищ, прорывается и самостоятельно исчезает. Больной зуб беспокоит последние два дня, и боль с каждым разом усиливается. Мама отмечает беспокойство ребенка, субфебрильную температуру.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, прощупывается небольшой подчелюстной лимфатический узел на стороне больного зуба, слегка болезненный.

В полости рта: 6.2 зуб – изменен в цвете, на медиально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некротическим дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба безболезненное, перкуссия резко положительная, подвижность зуба I степени, десна и переходная складка в области зуба гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Опишите рентгенологическую картину касательно диагноза.
3. Каковы особенности лечения хронических периодонтитов временных зубов?
4. Каковы осложнения эндодонтического лечения, обусловленные анатомическими особенностями?

Ситуационная задача № 9

В клинику детской стоматологии обратилась мама с ребенком 8-ми лет с жалобами на ноющую боль в зубе на нижней челюсти слева, усиливающуюся при накусывании, на подвижность зуба.

Из данных анамнеза заболевания: со слов мамы, больной зуб лечили около двух лет назад, удаляли нерв, ставили пломбу. Ребенок на боль в зубе начал жаловаться с вечера.

Общий медицинский анамнез: как отмечает мама, ребенок часто болеет простудными заболеваниями, две недели назад переболели герпангиной.

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, болезненны при пальпации, открывание рта свободное.

В полости рта: 7.5 зуб – на жевательной поверхности – пломба светового отверждения, зондирование безболезненное, перкуссия резко положительная, подвижность зуба II степени, слизистая вокруг зуба гиперемирована, отечна.



Рисунок 12. Ортопантомограмма ребенка 8-ми лет

Вопросы:

1. Опишите рентгенологическую картину зуба 7.5.
2. Поставьте диагноз.
3. Обоснуйте Вашу тактику лечения.

Ситуационная задача № 10

Подросток 14, жалуется на постоянную ноющую боль в зубе на нижней челюсти слева, на чувство «выросшего» зуба, даже при прикосновении языком вызывает резкую боль.

Из данных анамнеза заболевания: зуб болит в течение недели, но боли усилились последние сутки. Мама отмечает, что зуб лечили раньше по поводу кариеса, но долгое время ребенок не мог жевать данным зубом, неприятные ощущения в зубе купировались самостоятельно, к врачу не обращались.

Общий медицинский анамнез: со слов мамы, у ребенка хронический тонзиллит, пиелонефрит.



Рисунок 13. Прицельный рентгеновский снимок подростка 14-ти лет

При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, поднижнечелюстные узлы слева увеличены, болезненны при пальпации, кожные покровы чистые, открывание рта свободное.

В полости рта: 3.6 зуб – на жевательной поверхности – пломба химического отверждения, краевое прилегание которой нарушено, перкуссия резко положительная, реакция на температурные

раздражители отсутствует, I степень подвижности, слизистая по переходной складке гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. ЭОД – свыше 100 мкА.

Вопросы:

1. Опишите рентгеновский снимок.
2. Каков Ваш диагноз по зубу 3.6?
3. Какова Ваша тактика лечения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Глава I. Острые формы пульпита временных и постоянных зубов

Ситуационная задача №1

1. Острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта и лимфатических узлов зуба 8.5.

2. Дифференциальная диагностика острого пульпита с вовлечением в процесс периодонта и лимфатических узлов проводится с острым частичным пульпитом, острым гнойным пульпитом.

Общие признаки: самопроизвольная приступообразная, ночная боль, наличие кариозной полости, не сообщающаяся с пульповой камерой, длительная болевая реакция на температурные раздражители.

Острый частичный пульпит: болевой приступ длится 15-30 минут, возобновляются через несколько часов (2-6-10), т.е. короткие приступы боли, раздражители, особенно термические, усиливают боль, но продолжительность – доля минуты, иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва отсутствует, зондирование болезненно в одной точке, слизистая вокруг зуба без изменений.

Острый гнойный пульпит: боль пульсирующая, самопроизвольная, почти непрерывная и нарастающая, иррадиация боли в пределах трех ветвей тройничного нерва. Ребенок сильно страдает, стремится набрать в рот холодной воды, которая несколько минут успокаивает боль. Ремиссии очень короткие, продолжают несколько минут, боль усиливается от приема горячей воды и пищи, также ближе к ночи. Зондирование болезненное по дну, при экскавации дентина, обнажение пульпы с выделением гноя.

3. Зуб лечится методом витальной пульпэктомии.

Первое посещение: обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение коффердама, удаление коронковой пульпы (дно полости зуба во временных зубах тоньше, чем в постоянных, поэтому риск перфорации выше), пульпэктомия, определение рабочей длины, канал очищают на рабочую длину, не доходя 2-3 мм

до верхушки (важно соблюдать осторожность, чтобы избежать перфорации тонкой стенки каналов), медикаментозно-инструментальная обработка каналов 2%-ным раствором хлоргексидина биглюконата, высушивание бумажными штифтами, в каналах оставляется временная антибактериальная повязка, временная пломба.

Второе посещение: обезболивание, удаление временной повязки, наложение коффердама, удаление содержимого корневых каналов, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание бумажными штифтами, obturation цинкоксид-эвгеноловой пастой (цинкоксид-эвгеноловую пасту накладывают на дно полости и стерильными ватным тампоном проталкивают в корневые каналы, на плагаре отмечают рабочую длину и медленно вводят в канал, уплотняя пломбирочный материал), рентген-контроль (рентгенографию проводят сразу после obturation каналов, через 1 год и через 2 года после эндодонтического лечения для оценки его эффективности, также наблюдают за физиологической резорбцией корней и рассасыванием пломбирочного материала), пломба из СИЦ, фиксация искусственной коронки.

4. Анатомо-топографические особенности 8.5 зуба. Коронка второго временного моляра нижней челюсти имеет форму куба с 5 бугорками на жевательной поверхности. Фиссуры на жевательной поверхности мало выражены. Щечная поверхность коронки имеет в области шейки, как все временные зубы, эмалевый валик. Боковые поверхности сильно дивергируют к жевательной поверхности. На щечной поверхности при переходе к краю жевательной поверхности имеется две хорошо выраженные бороздки, которые разделяют край на три бугра. Язычная поверхность так же слегка дивергирует по направлению к жевательной поверхности. На ее жевательном крае расположено два бугра. Боковые поверхности имеют хорошо выраженные покатости, которые на дистальной стороне несколько более отчетливы. Данный зуб имеет 2 корня, дистальный корень – более крупнее и лучше проходим, имеет 1 канал, мезиальный корень – примерно в 85% случаев имеет 2 канала: мезио-язычный и мезио-щечный. Дополнительные латеральные каналы и апикальные разветвления каналов во временных молярах выявляются в 10–20% случаев. Корни сильно сплющены и в верхушечной части слегка искривлены.

Ситуационная задача №2

1. Острый гнойный пульпит зуба 5.3.
2. кр=12, декомпенсированная форма кариеса.
3. Метод витальной пульпэктомии.

Первое посещение: обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение коффердама, удаление коронковой пульпы, (дно полости зуба во временных зубах тоньше, чем в постоянных, поэтому риск перфорации выше), пульпэктомия, определение рабочей длины, канал очищают на рабочую длину, не доходя 2-3 мм до верхушки (важно соблюдать осторожность, чтобы избежать перфорации тонкой стенки каналов), медикаментозно-инструментальная обработка каналов 2%-ным раствором хлоргексидина биглюконата, высушивание бумажными штифтами, в каналах оставляется временная антибактериальная повязка, временная пломба.

Второе посещение: обезболивание, удаление временной повязки, наложение коффердама, удаление содержимого корневых каналов, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание бумажными штифтами, obturation цинкоксид-эвгеноловой пастой (пасту накладывают на дно полости и стерильным ватным тампоном проталкивают в корневые каналы, на плагере отмечают рабочую длину и медленно вводят в канал, уплотняя пломбировочный материал), рентген-контроль (рентгенографию проводят сразу после obturation каналов, через 1 год и через 2 года после эндодонтического лечения для оценки его эффективности, также наблюдают за физиологической резорбцией корней и рассасыванием пломбировочного материала), пломба из СИЦ, фиксация искусственной коронки.

4. Анатомо-топографические особенности зуба 5.3 – временный клык, расположен на верхней челюсти справа, третий зуб после бокового резца. Коронка зуба в форме ромба, с хорошо выраженными боковыми углами. На выпуклой вестибулярной поверхности – выраженный эмалевый валик, по сторонам которого имеются небольшие канавки, латеральная выражена лучше. На небной поверхности тоже имеется выраженный валик, по бокам которого имеются ямки треугольной формы. Режущий край снабжен острым зубцом, который делит губную поверхность на две части – короткую медиальную и более длинную дистальную. Эмалевый валик особенно отчетливо выделяется на выпуклой

цервикальной части. Острый зубец клыка постепенно стирается, в связи с чем коронка укорачивается и кажется более широкой, чем высокой. Клыки имеют наиболее простую систему корневых каналов из всех временных зубов и не создают особых проблем при эндодонтическом лечении, один корень с конусообразной формой, с отклонением верхушки корня в дистальную сторону. Полость зуба широкая, без видимой границы переходит в корневую часть. Раздвоение канала в норме не наблюдается, дополнительные и латеральные каналы встречаются редко.

Ситуационная задача №3

1. Острый частичный пульпит 4.6 зуба. Компенсированная форма кариеса.
2. Дифференциальная диагностика (табл. №1).

Таблица № 1

Глубокий кариес	Острый общий пульпит	Хронический простой пульпит
Общие признаки		
боль от всех видов раздражителей	боль от всех видов раздражителей	боль от всех видов раздражителей
глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба	глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба	глубокая кариозная полость, данная форма пульпита может развиваться и при закрытой пульповой камере
Различия		
при остром частичном пульпите боли могут возникать от слабых раздражителей и не проходят после устранения раздражителя	при остром общем пульпите боли усиливаются от горячего, характерна иррадирующая боль, поэтому больной не может показать причинный зуб	самопроизвольная боль не характерна для хронического простого пульпита, за исключением обострения процесса
зондировании болезненное по дну при глубоком кариесе, при остром частичном пульпите в проекции рогов пульпы	зондировании болезненное по всему дну при остром общем пульпите, при остром частичном пульпите в проекции рогов пульпы	хронический простой пульпит может существовать от нескольких месяцев
	перкуссия вызывает приступ боли при остром общем пульпите	может быть сообщение с полостью зуба
ЭОД 6-12 мкА	ЭОД 30-45	ЭОД 40-60

3. 4.6 зуб будем лечить биологическим методом.

Алгоритм лечения: обезболивание, наложение системы коффердам, препарирование кариозной полости (данный этап проводится с соблюдением всех принципов и этапов препарирования), медикаментозная обработка теплыми нераздражающими антисептиками низких концентраций (0,06% раствор хлоргексидина), обезжиривание и обезвоживание кариозной полости, наложение лечебной прокладки (обладающие антибактериальным, противовоспалительным и одонтотропным действием), наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, постоянная пломба (восстановление анатомической формы зуба), финишная обработка.

4. Топографические особенности 4.6 зуба. Полость первого моляра нижней челюсти имеет очертания прямоугольника с 2-4 устьями корневых каналов на дне коронковой полости. Между устьями корневых каналов определяется выпуклость. В своде полости имеются 4 углубления, соответствующие расположению 2 передних и 2 задних рогов пульпы, повторяющих контуры бугорков на жевательной поверхности зуба, которых 5: три щечных и два язычных.

Средняя длина зуба – 21,5 мм. Зуб имеет 2 корня. В медиальном корне обычно встречается 2 канала, заканчивающихся одним отверстием. Медиальный щечный канал часто бывает сильно искривлен, поэтому сложнее поддается обработке. Канал вначале отклоняется медиально, а средней трети – дистально. Медиальный язычный канал более широкий и прямой. Иногда он отклоняется медиально у верхушки. Между двумя медиальными каналами часто имеются множественные анастомозы (Peters, 1992 d). Единственный дистальный канал обычно больших размеров, овальной формы и в 60% случаев открывается, не доходя до апекса на дистальной поверхности корня (Tamse et al., 1998).

Ситуационная задача №4

1. Острый гнойный пульпит 6.4 зуба.
2. Дифференциальная диагностика острого гнойного пульпита (табл. №2).

Таблица №2

Острый частичный пульпит	Острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта и регионарных лимфатических узлов	Острый гнойный пульпит
Общие		
Боль самопроизвольная, приступообразная, ночная, усиливается при воздействии раздражителя – термического, химического и механического		
Из данных анамнеза заболевания – данный приступ и характер боли впервые		
Наличие глубокой кариозной полости, болезненное зондирование		
Различия		
Короткий приступ боли, это объясняется тем, что при данной форме пульпита в пульпе накапливается небольшой экссудат, который быстро рассасывается по дентинным канальцам, что ведет к уменьшению напряжения в воспаленной пульпе	Приступ болей резкий, долго длящийся, они прекращаются или ослабевают на короткое время – 15-20 мин., возобновляются и становятся непрерывными. Боли носят неврологический характер, т.е. ребенок не в состоянии указать больной зуб	Характер боли: рвущие, пульсирующие, почти непрерывные и более нарастающие, иррадиирующие в пределах трех ветвей тройничного нерва
Реакция на температурный раздражитель положительный, продолжительность – доли минуты	Реакция на температурный раздражитель положительный, продолжительность – несколько десятков минут	Реакция на температурный раздражитель: боль усиливается при приеме горячей воды или пищи и успокаивается от холодного
Зондирование дна кариозной полости болезненно, преимущественно в одной точке	Зондирование кариозной полости болезненно по всему дну	Глубокое зондирование дна кариозной полости резко болезненное, пульпарную камеру на дне кариозной полости отделяет небольшой слой размягченного дентина, который сравнительно легко перфорируется, появляется капля гноя и крови

Перкуссия безболезненная	Перкуссия резко болезненная	Перкуссия болезненная
Зондирование по дну слегка болезненное	Зондирование болезненное по всему дну	Зондирование болезненное по дну, при экскавации дентина, обнажение пульпы с выделением гноя
Кратковременные боли от температурных раздражителей	Продолжительность боли от температурных раздражителей – несколько минут, от теплого приступ боли усиливается	Продолжительные боли, усиливающиеся от горячего, от холодного боль успокаивается

3. Метод витальной пульпэктомии.

4. Первый период развития пульпы – период функциональной активности пульпы (формирование корня зуба). Коронковая пульпа рыхлая, массивная, соответствует незрелой соединительной ткани. В периферическом слое одонтобласты располагаются в 3–4 ряда. В центральном слое определяются многочисленные малодифференцированные клетки мезенхимы: звездчатые, веретенообразные, адвентициальные.

В основном аморфном веществе пульпы преобладают несulfатированные кислые мукополисахариды и гиалуроновая кислота. Под слоем одонтобластов находятся преколлагеновые и ретикулиновые волокна, отсутствуют коллагеновые волокна.

В данный период, когда пульпа морфологически напоминает эмбриональную ткань, особенно выражены пластические свойства пульпы.

5. Анатомо-топографические особенности 6.4 зуба. Верхний первый временный моляр имеет сходство с первым моляром постоянных зубов. Продолговатая в медиально-дистальном направлении форма коронки не имеет подобной во всем прикусе. Коронка в области шейки зуба так же широка, как у края поверхности. Она имеет четыре бугра, не всегда отчетливо выраженные. Щечный медиальный бугор несколько выше остальных и выделяется в виде выступа. Щечная поверхность коронки разделена двумя тонкими бороздками на три части. Коронка со щечной части развита несколько больше, чем с небной.

Небная поверхность коронки сильно выпукла. Край жевательной поверхности несколько уже, чем снабженная валиком шейка этой стороны зуба. Жевательная поверхность разделена проходящей медиально-дистальной фиссурой на палатинальный бугорок и на большой щечный. Последний может встречаться либо в виде одного бугра или же вследствие поперечных бороздок в виде двух или трех бугорков. 6.4 зуб имеет три корня, сильно расходящихся в стороны (1 небный и 2 щечных – мезио-щечный и дистально-щечный). Небный корень прямой, массивный, имеет форму конуса; щечные корни сплющены с боков, верхушки их корней изогнуты, чаще всего плохо проходимы.

Ситуационная задача №5

1. Острый общий пульпит с вовлечением в процесс периодонта и лимфатических узлов зуба 6.1.

2. В данной клинической ситуации, учитывая незаконченное формирование корня, необходимо провести витальную пульпотомию. Особенность данного лечения зуба 6.1 заключается в том, что после удаления коронковой пульпы алмазным бором на высоких оборотах промываем изотоническим раствором хлорида натрия и на сохраненную пульпу накладываем стерильный ватный тампон, заменяя его несколько раз до полного гемостаза, затем накладываем на корневую пульпу пасту из гидроксида кальция и плотно закрываем пломбой. Целью данного лечения является формирование дентинного мостика. Учитывая значительную разрушенность тканей зуба, необходимо зуб покрыть искусственной короной.

3. Анатомо-топографические особенности 6.1 зуба, временные резцы имеют некоторые отличия от постоянных, форма зубов более выпукла, дистальный угол режущего края несколько тупой, медиальный угол несколько длиннее и острее дистального. Вестибулярная поверхность эмали заканчивается в области шейки эмалевым валиком. На небной поверхности имеется бугорок, более выраженный, чем на постоянных резцах. Полость зуба широкая, коронковая часть без резкой границы переходит в один корневого канал. Корни зубов в противоположность постоянным расширены в губно-небном направлении. Верхушка корня обычно слегка

изогнута в вестибулярную сторону и во внутрь. Апикальные дополнительные и латеральные каналы, хотя и редко, но встречаются.

4. У 2-летнего ребенка 6.1 зуб находится в 3 стадии периода формирования корня – незакрытая верхушка, период полного формирования корня закончится к 2,5 годам. В данной стадии корневой канал широкий, но диаметр в области верхушки меньше, чем у шейки зуба. Периодонтальная щель в области верхушки шире, чем вокруг остальных отделов корня. Более широкой периодонтальная щель остается в течение 1–2 лет после закрытия верхушки.

Ситуационная задача №6

1. Острый общий пульпит зуба 1.6.

2. Витальная экстирпация.

Первое посещение: обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, вскрытие пульповой камеры, раскрытие и расширение пульповой камеры с ампутацией коронковой части пульпы зуба, экстирпация пульпы, определение рабочей длины, эндодонтическая обработка корневых каналов (медикаментозная и инструментальная обработки), высушивание и обезжиривание дентина корневого канала, obturation корневых каналов методом латеральной конденсации, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, временная повязка.

Второе посещение: обезболивание, наложение системы коффердам, удаление временной повязки, адгезивная подготовка, восстановление анатомической формы зуба, финишная обработка.

3. Топографические особенности 1.6 зуба. Полость первого моляра имеет форму неправильного четырехугольника, стенки наклонены в щечную сторону. Свод полости проецируется близко к шейке зуба. В своде располагаются 4 углубления для рогов пульпы, которые соответствуют бугоркам на жевательной поверхности, которых 4. Форма дна полости зуба приближается к треугольной форме, в углах треугольника располагаются устья корневых каналов. Устье дистального щечного канала находится ближе к центру дна пульповой камеры. В межустьевой зоне определяется выпуклость, соответствующая трифуркации зуба. Общая длина зуба – 21 мм. Зуб имеет 3 корня и 4 канала. Небный

корень более массивный, два других – более коротких – щечные (щечно-медиальный и щечно-дистальный), сплюснуты с боков, отклонены в дистальном направлении. Особое внимание следует уделить медиальному щечному корню, который согласно исследованиям *in vitro* имеет два канала в 60% случаев, при рассмотрении под микроскопом – в 95% случаев (Kulild, Peters, 1990), а по результатам исследований *in vivo* – в 18-33% случаев (Harty, 1990). Второй канал обычно начинается ниже обычного устья. Медиальные каналы (щечный и небный) проходят сначала в медиальном направлении, затем отклоняются щечно, а в апикальной трети – дистально и небо. Дистальный щечный корень обычно имеет один канал, который располагается по центру. Этот корень самый короткий. Вначале он отклоняется дистально, а в апикальной трети искривляется медиально. Устье канала располагается скорее центрально, чем дистально. Небный корень самый длинный и имеет самый широкий канал. В апикальной трети он отклоняется щечно, так что файл, который применяется для определения длины, необходимо предварительно изогнуть.

4. Инструменты для прохождения корневого канала. Эти инструменты получили название *дрель Rimer – ример*. Их производят обычно из стальных треугольных заготовок путем скручивания. Они характеризуются гибкостью и высокой способностью режущих хромов, что обусловлено удлиненным шагом. Само название говорит о том, что римеры используют для сверления. После плотного введения в канал производят поворот по часовой стрелке на четверть или половину оборота, чтобы грани вошли в дентин, а затем инструмент извлекают, т.е. производится пенетрация, ротация и ретракция. При работе не следует производить сильный нажим, особенно при пользовании малыми размерами. Никель-титановые инструменты более гибкие и устойчивые к поломке.

Виды римеров: *K-ример* (дрель Керра) выпускается 20 размеров (006-140) в соответствии со стандартами ISO; *K-флексоример* обладает большей гибкостью, что связано с уменьшением шага; *K-Golden medium* – инструмент промежуточных размеров, с помощью которого плавный переход от одного размера к другому; *K-ример Forside* используют для прохождения очень тонких каналов, особенно моляров при затрудненном открывании рта.

Ситуационная задача №7

1. Острый травматический пульпит 2.2 зуба.

2. В данном клиническом случае проведем лечение биологическим методом, так как произошло случайное обнажение интактной пульпы. Данный метод направлен на полное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии.

Лечение проводим в одно посещение: обезболивание, наложение системы коффердам, медикаментозная обработка раздражающими антисептиками, наложение лечебной прокладки на вскрытый рог пульпы, наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, постоянная пломба, финишная обработка.

3. Топографические особенности 2.2 зуба. Данный зуб имеет один корень и один канал и, следовательно, относится к типу I по конфигурации каналов, т.е. один корневого канал с одним отверстием. Исключения встречаются редко. Доступ к полости зуба создается параллельно продольной оси зуба, корни обычно наклонены дистально. Просвет пульповой камеры шире в вестибулооральном размере, чем в медиально-дистальном. Этот момент необходимо учитывать при препарировании зуба. Коронковая пульпа имеет два рога. В зубах с несформированными корнями пульповая камера больших размеров и доходит до режущей трети коронки. При препарировании необходимо полностью убирать крышу пульповой камеры, чтобы предотвратить изменения цвета зуба в результате сохранения в ней крови или фрагментов пульпы. Канал бокового резца имеет более овальную форму, а корень обычно искривлен щечно или дистально, поэтому на рентгенограмме кажется короче, чем в действительности.

Ситуационная задача №8

1. Рисунок № 3 (ортопанораграмма): зубы мудрости прорезались, их корни сформированы на 2/3 и находятся на этапе роста в длину; 4.7 – на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с пульповой камерой, патологических изменений в периодонте нет; 4.6 – на жевательной поверхности визуализируется процесс развития среднего кариеса; 3.6 – рентгеноконтрастный материал, восполняющий кариозный дефект, плотно

прилегающий к пульповой камере; 3.7 – рентгеноконтрастный материал, восполняющий дефект в пределах плащевого дентина; 2.6 зуб – визуализируется рентгеноконтрастный материал, восполняющий дефект зуба, плотно прилегающий к пульповой камере, со стороны периодонта патологических изменений нет, 1.7 зуб – на жевательной поверхности визуализируется процесс развития кариеса в пределах эмали. КПУ=6, субкомпенсированная форма кариеса.

2. Учитывая данные клинической и рентгенологической картины, диагноз по 37 зубу – острый общий пульпит.

3. Алгоритм лечения: в данной клинической ситуации проводим метод витальной экстирпации. *Первое посещение:* обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, вскрытие пульповой камеры, раскрытие и расширение пульповой камеры с ампутацией коронковой части пульпы зуба, экстирпация пульпы, определение рабочей длины, эндодонтическая обработка корневых каналов (включает в себя медикаментозную и инструментальную обработку), высушивание и обезжиривание дентина корневого канала, obturation корневых каналов методом латеральной конденсации, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, временная повязка. *Второе посещение:* обезболивание, наложение системы коффердам, удаление временной повязки, адгезивная подготовка, восстановление анатомической формы зуба, финишная обработка.

Глава II. Хронические пульпиты временных и постоянных зубов

Ситуационная задача №1

1. Хронический фиброзный пульпит 8.4, 8.5 зубов.

2. Дифференциальную диагностику хронического простого пульпита проводят с глубоким кариесом, с острым частичным пульпитом, с хроническим периодонтитом, с хроническим гангренозным пульпитом.

а. *Глубокий кариес.*

Общие: наличие глубокой кариозной полости, на боли от всех видов раздражителей;

Различия: при хроническом фиброзном пульпите болевая реакция на раздражитель исчезает не сразу после устранения причины, а при глубоком кариесе – в тот же момент; при пульпите имеется сообщение с пульповой камерой, зондирование которой резко болезненно, а при глубоком кариесе дно кариозной полости плотное, зондирование болезненно равномерно по всему дну; из анамнеза при хроническом фиброзном пульпите можно выяснить, что зуб болел ранее, а при кариесе самопроизвольных и ноющих болей не было; на рентгенограмме при хроническом фиброзном пульпите можно выявить сообщение с полостью зуба, расширение периодонтальной щели в области верхушки корня, чего не бывает при кариесе.

б. Хронический гангренозный пульпит.

Общее: бессимптомное течение в некоторых случаях, боли от температурных раздражителей, наличие глубокой кариозной полости, сообщающейся с полостью зуба.

Различия: при хроническом гангренозном пульпите боли возникают лишь от горячей пищи и быстро исчезают, ощущается запах и чувство неловкости зуба, обнаруживается большая кариозная полость, коронка зуба значительно разрушена, пульпарная камера вскрыта, коронковая пульпа находится в состоянии распада, глубокое зондирование, в особенности в области устьев корневых каналов, вызывает значительную, но быстро проходящую боль, пульповая ткань темно-красного цвета, легко кровоточит при прикосновении, что не характерно для клинической картины хронического фиброзного пульпита.

в. Острый частичный пульпит.

Общее: длительные боли, возникающие от раздражителей, зондирование дна кариозной полости болезненное в одной точке.

Различия: при остром частичном пульпите возникает самопроизвольная боль, которая длится 15-20 мин., что не характерно для хронического фиброзного пульпита, при котором самопроизвольная боль может возникнуть только при обострении процесса воспаления пульпы; при остром частичном пульпите (за исключением травматического) нет сообщения кариозной полости с пульповой камерой, при хроническом фиброзном пульпите после проведенной некроэктомии, оно, как правило, обнаруживается; из

анамнеза при остром частичном пульпите не выявляются самопроизвольные боли в прошлом в отличие от хронического фиброзного пульпита; острый частичный пульпит существует 1-2 суток, а хронический фиброзный – до нескольких лет, если пульпит обнаружен при профилактических осмотрах, то он, как правило, является хроническим.

г. Хронический периодонтит

Общие: иногда бессимптомное течение, гнилостный запах из кариозной полости, безболезненное зондирование поверхностных слоев полости зуба, изменения в периапикальных тканях.

Различия: зуб никогда не реагирует на температурный раздражитель; при осмотре по переходной складке можно выявить свищ, рубец от свища или застойную гиперемию; зондирование безболезненное на всем протяжении канала; значительные изменения в периодонте: гиперплазия периодонте с деструкцией периодонтальной щели или с образованием гранулемы, а иногда и кистогранулемы.

3. В данном клиническом случае проводим витальную пульпотомию. Обезболивание, наложение системы коффердам, препарирование кариозной полости, расширение полости зуба, пульпотомия (удаление коронковой пульпы алмазным бором на высоких оборотах бормашины с орошением физиологического раствора, это позволяет контролировать кровотечение), после очищения пульповой камеры от всех мягкой ткани и промывания физиологическим раствором кровотечение останавливаем при помощи стерильного ватного тампона, затем накладываем материал для покрытия пульпы (в данном случае кальций содержащую пасту для прямого покрытия пульпы), наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, заполнение полостей композиционным материалом, финишная обработка.

4. В пятилетнем возрасте 8.4, 8.5 зубы, пульпа во втором периоде функциональной зрелости (стабильное существование сформированного корня зуба). В центральном слое большое количество созревших соединительнотканых клеток – фибробластов, а также малодифференцированных клеток мезенхимы – звездчатых, веретенообразных, адвентициальных. Слой одонтобластов выражен хорошо, при этом в корневой части пульпы тоньше. В данный

период наблюдается наибольшее количество нервных элементов и сосудов в пульпе (над и пододонтобластические сосудистые нервные сплетения). Пульпа сформированных временных зубов участвует в обменных процессах, выполняет дентинообразовательную и защитную функцию, которая осуществляется благодаря наличию в ней гистиоцитов и макрофагов, располагающихся в коронковой и корневой пульпе, концентрируясь преимущественно в ее апикальной части, хорошо разветвленной сети кровеносных и лимфатических сосудов, а также гиалуроновой кислоте.

Ситуационная задача №2

1. Хронический простой пульпит 4.6 зуба.

2. У данного ребенка 4.6 зуб находится в 3 стадии формирования корня – незакрытой верхушки. В 3-й стадии стенки корня имеют такое же строение, как и в стадии несформированной верхушки, отличаясь тем, что в области верхушки корня они сомкнуты, но не полностью, поэтому на рентгенограмме видна проекция верхушечного отверстия. Корневой канал широкий, но диаметр в области верхушки меньше, чем у шейки зуба. Периодонтальная щель в области верхушки шире, чем вокруг остальных отделов корня. Более широкой периодонтальная щель остается в течение 1–2 лет после закрытия верхушки.

3. В данном клиническом случае проводим метод глубокой ампутации – цервикальную пульпотомию, т.е. метод апексогенеза. Метод апексогенеза предусматривает сохранение жизнеспособности корневой пульпы с диспансерным наблюдением через 5-7 дней после лечения, затем 1 раз в 3 месяца до окончания формирования верхушки. Под анестезией алмазным бором на высоких оборотах бормашины удаляют коронковую пульпу и промывают полость изотоническим раствором хлорида натрия, на устья каналов накладывают стерильный ватный тампон для гемостаза. Необходимо предотвратить образование кровяного сгустка между лечебной повязкой и пульпой, так как это отсрочит или сделает невозможным формирование дентинного мостика (Masterton, 1996 г.). На устья корневых каналов тонким слоем наносят гидроксид кальция до 2 мм и покрывают СИЦ. Гидроксид кальция является материалом выбора

для прямого покрытия пульпы в постоянных зубах с НФК. Результат лечения необходимо оценивать каждые 3-6 месяцев клинически и рентгенологически.

Ситуационная задача №3

1. Хронический гангренозный пульпит 8.4 зуба.
2. Дифференциальная диагностика хронического гангренозного пульпита (табл. №3).

Таблица № 3

Хронический фиброзный пульпит	Хронический гангренозный пульпит	Хронический фиброзный периодонтит
Общее		
Наличие кариозной полости, сообщающейся с полостью зуба, коронка зуба несколько изменена в цвете, изменения в перапикальных тканях		
Различия		
Боли не носят острый характер, боли тупые, тянущие, ноющие, от воздействия различных раздражителей, при перемене температуры воздуха (при выходе из теплой комнаты в холодное время года на улицу и обратно), при отсасывании из зуба	Самопроизвольных болей нет, боли возникают лишь от горячей пищи и быстро исчезают, ощущается неприятный запах и чувство неловкости	Боли не носят острый характер, боли тупые, тянущие, ноющие, от воздействия различных раздражителей, при перемене температуры воздуха (при выходе из теплой комнаты в холодное время года на улицу и обратно), при отсасывании из зуба
При зондировании болезненность в проекции рогов пульпы	Зондирование устьев корневых каналов болезненное	Зондирование безболезненное
Перкуссия безболезненна	Перкуссия по зубу иногда болезненна	Перкуссия – может отмечаться незначительная реакция

3. Алгоритм лечения.

Первое посещение: обезболивание, наложение системы коффердам, препарирование кариозной полости, пульпотомия, пульпэктомия, определение рабочей длины, медико-инструментальная обработка каналов, высушивание, временная obturation антибактериальным силлером, временная повязка.

Второе посещение: обезболивание, наложение системы коффердам, удаление временной повязки, удаление содержимого каналов, медико-инструментальная обработка каналов, высушивание, obturation каналов не твердеющей пастой, рентген-контроль, изолирующая прокладка, адгезивная подготовка, постоянная пломба, финишная обработка.

4. Принципы создания доступа к корневому каналу во временном зубе:

- необходимо полное снятие полости крыши зуба, так как частичное снятие не позволяет полноценно удалить остатки пульпы или некротической массы;

- введение инструмента в корневой канал без изгиба;

- необходимо соблюдения мер предосторожности, чтобы не повредить дно полости зуба в многокорневых зубах, с этой целью используют специальные боры, торцевая часть которых гладкая, что исключает возможность перфорации дна, и при препарировании полости нужно следить за направлением бора, ось которого должна совпадать с осью зуба;

- в правильно раскрытой полости зуба, в многокорневых зубах устья каналов должны находиться на границе дна и стенки полости, в таком случае инструмент, скользя по стенке полости, попадает в корневой канал, также указывают, что для лучшей видимости и удобства работы верхний размер вскрытой полости должен быть слегка шире, чем у дна;

- для препарирования полости зуба используются в основном шаровидные и фиссурные боры (к специальным борам можно отнести шаровидные боры с удлиненным стержнем, а также фиссурные, выпускаемые фирмой Dentsply Maillefer, с тупой верхушкой, препарирование полости таким бором исключает возможность перфорации дна);

- инструментальную обработку каналов во временных зубах следует проводить с особой осторожностью ввиду тонких стенок канала, меньшей степени минерализации дентина и широкого верхушечного отверстия;

- ирригацию канала осуществляют щадяще, без давления ввиду возможного проталкивания раствора через широкое апикальное отверстие.

Ситуационная задача №4

1. кп=8, декомпенсированная форма кариеса.
2. Хронический фиброзный пульпит 7.4 зуба.
3. Алгоритм лечения: обезболивание, наложение системы коффердам, препарирование кариозной полости, расширение полости зуба, пульпотомия, после очищения пульповой камеры от всех мягкой ткани и промывания физиологическим раствором кровотока останавливаем при помощи стерильного ватного тампона, затем накладываем цинкоксид-эвгеноловую пасту, восстанавливаем СИЦ, после фиксируем искусственную коронку.

4. Глубина преддверия у детей изменяется в связи с ростом альвеолярной части и базиса нижней челюсти по мере развития зубных фолликулов и прорезывания сначала временных, а затем постоянных зубов. Глубина преддверия у детей 5-7 лет – 4-5 мм, соответственно, у 5-летнего ребенка в данной задаче соответствует норме. Прикрепление уздечки верхней губы низкое, что в последующем может привести к диастеме, показана операция – вестибулопластика.

5. Обучение индивидуальной гигиене полости рта, необходимо приучить ребенка сделать эту процедуру неотъемлемой частью гигиенических навыков, как мытье рук перед едой. Рекомендовано использование детской зубной пасты, содержащей соединения кальция и фосфата.

Ситуационная задача №5

1. Хронический простой пульпит 4.6 зуба.
2. Витальная ампутация – метод апексогенеза.

Целью данного метода является сохранение жизнеспособности корневого пульпы для формирования апикального сужения, так как 4.6 зуб находится на 3 стадии сформированности корня – незакрытия верхушки. На устья корневых каналов тонким слоем наносим гидроксид кальция. Затем слой гидроксида кальция добавляем до 2 мм и покрываем СИЦ. Результат лечения необходимо оценивать каждые 3-6 месяцев клинически и рентгенологически.

3. Ошибки на этапе раскрытия и расширения полости 4.6 зуба:

а) перфорация дна пульповой камеры (при работе следует помнить, что дно данного зуба располагается на уровне шейки зуба, это позволит избежать травмы бифуркации);

б) неполное раскрытие полости зуба (приводит к некачественной механической и медикаментозной обработке корневых каналов, а это, в свою очередь, ведет к формированию хронического очага инфекции в периодонте);

в) неполное удаление пульпы и гнилых масс из полости зуба, которое приводит к изменению цвета зуба;

г) неправильное формирование стенок, данная ошибка приводит к перфорации стенки корня зуба, так как стенка является направляющей силой эндодонтического инструмента (для обеспечения лучшего доступа к каналам зуба следует расширить препарируемую полость, как можно шире в сторону узких и искривленных каналов, что также позволит обнаружить устье дополнительных каналов).

Ситуационная задача №6

1. Хронический гангренозный пульпит 4.7 зуба.

2. На рентгенограмме 4.7 зуба дистально-апроксимальная стенка зуба разрушена, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, корни зуба сформированы наполовину длины корня зуба, корневые каналы широкие, периодонтальная щель в области верхушки шире, и она сливается с ростковой зоной, чем вокруг остальных отделов корня, апикальное отверстие очень широкое, зуб находится на второй стадии формирования корня – несформированной верхушки.

3. КПУ= 9, декомпенсированная форма кариеса.

4. В данном клиническом случае, учитывая 2-ю стадию формирования корней – несформированной верхушки, тактика лечения – метод апексофикации, целью которого является формирование дентинного мостика.

Первое посещение: проводниковая анестезия, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, расширение полости зуба, создание эндодонтического доступа, ампутация (при

этом необходимо учитывать большой объем полости 4.7 зубе с несформированной верхушкой корня, поэтому ее раскрытие проводят более широко, чем в сформированных зубах), экстирпация, определение рабочей длины зуба, инструментальная обработка каналов (в данном зубе с незаконченным формированием верхушки корня проводится с учетом рабочей длины, которая устанавливается на 2 мм короче рентгенологической, это необходимо для того, чтобы избежать ослабления тонких стенок несформированного корня в верхушечной части и травмирования клеток, участвующих в формировании апикального барьера.

Распад пульпы удаляем в направлении от коронки вниз, препарируем стенки корневого канала файлами больших размеров с тупой верхушкой), медикаментозная обработка каналов (ирригацию проводят гипохлоритом натрия, так как препарат оказывает выраженное бактерицидное действие, способен растворять содержимое корневых каналов, некротизированные ткани, остатки пульпы, попадание раствора за верхушку зуба оказывает токсическое действие, а учитывая несформированность верхушки 4.7 зуба, рекомендуем провести ирригацию в апикальной трети канала 0,5-1,5% раствором NaOCl, в средней и коронковой частях 3%-ным раствором, для нейтрализации остатков раствора NaOCl обработку корневого канала заканчиваем промыванием дистиллированной воды.

Для удаления смазанного слоя (ЭДТА) промываем корневые каналы 15%-ным раствором после инструментальной обработки полностью удаляем смазанный слой на пристеночном дентине и расширяем дентинные каналы, растворяя перитубулярный дентин; высушиваем и заполняем корневые каналы пастой из гидроксида кальция, зуб временно реставрировали из СИЦ.

Второе посещение через две недели, проводим замену кальцийсодержащей пасты и в дальнейшем каждые 3 месяца. Для формирования апикального барьера требуется от 6 до 24 месяцев. Паста, содержащая гидроксид кальция, в корневом канале может рассасываться, и, кроме того, со временем экссудат и тканевая жидкость приводят к постепенному снижению pH пасты и препарат лишается своего антибактериального действия и должен быть заменен новой порцией с высокощелочным pH. Однако некоторые

авторы рекомендуют менять пасту каждый месяц. Через 3 месяца после начала лечения проводим клиническое и рентгенологическое исследование с целью обнаружения апикального барьера. Если он не определяется рентгенологически, корневого канал распломбировываем, промываем гипохлоритом натрия и заполняем свежеприготовленной пастой, содержащей гидроксид кальция. Для формирования апикального барьера требуется от 6 до 24 месяцев. Если образование апикального мостика подтверждается рентгенологически, необходимо получить клиническое подтверждение его образования, после чего корневой канал пломбуем гуттаперчевыми штифтами методом латеральной или вертикальной конденсации и восстанавливаем анатомическую форму зуба.

4. Топографические особенности 4.7 зуба. 4.7 зуб имеет форму куба, слегка вытянутая в передне-заднем направлении. На жевательной поверхности 4 бугра, 2 щечных и 2 язычных, последние более приподняты. Полость второго моляра на поперечном распиле имеет форму прямоугольника с 1-4 устьями корневых каналов. Между устьями корневых каналов определяется выпуклость. В своде полости имеется 4 углубления, соответствующие бугоркам на жевательной поверхности зуба. Средняя длина зуба – 20,5 мм, продольная ось зуба наклонена вестибулярно и дистально. Количество корней 1-2-3 соответственно у 12, 87 и 1% пациентов, которые отклонены в щечную сторону. Количество корневых каналов у 80% пациентов – 3 (дистальный, медиальный щечный и медиальный язычный), у 8% – 4 (дистальный, медиальный щечный и медиальный язычный), у 8% – 4 (дистальный щечный, дистальный язычный, медиальный щечный и медиальный язычный), у 10% – 2 (дистальный и медиальный), у 2% – 1 корневой канал.

В медиальном корне встречаются II и IV типы конфигурации каналов, приблизительно по 21% случаев, Pindea, Kuttler, 1972 г. (тип II – два корневых канала II, соединяющихся в апикальной трети; тип IV – два отдельных корневых канала). В дистальном корне всегда один канал, довольно редко встречается тип II (2,1%) и III (3,5%). Уникальной является С-образная форма корневого канала, которая впервые была описана Сооке и Сох (1979) и встречалась в 8% случаев.

Ситуационная задача №7

1. Хронический гипертрофический пульпит 7.4 зуба.
2. Дифференциальная диагностика хронического гипертрофического пульпита проводится с разрастанием десневого сосочка и разросшейся грануляцией из перфорации дна полости зуба (табл. №4).

Таблица №4

Разрастание десневого сосочка	Разросшиеся грануляции из перфораций дна полости зуба
Общее	
Кариозная полость выполнена разросшейся тканью, зондирование болезненное, вызывает кровоточивость	
Различия	
Разросшийся десневой сосочек можно вытеснить инструментом и обнаружить связь с десной	Зондирование в области перфорации менее болезненное
На рентгенограмме при пульпите можно видеть сообщение с полостью зуба	На рентгенограмме выявляется сообщение полости зуба с периодонтом

3. Витальная пульпотомия. Обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, пульпотомия, гемостаз, на корневую пульпу на 5 мин. накладываем тампон, смоченный в растворе формакрезола, отжатый, затем на поверхностно мумифицированную ткань накладываем цинкоксид-эвгеноловую пасту, покрываем СИЦ, фиксируем искусственную коронку.

4. Анатомо-топографические особенности зуба 7.4 – по величине несколько меньше вторых нижних временных моляров. Коронка зуба имеет вытянутую в длину призматическую форму, которая мало отличается от типичной формы нижних постоянных моляров. Жевательная поверхность имеет четыре бугра: два щечных и два язычных. Язычные бугорки сильно развиты и выступают над общим уровнем. Медиальные бугорки шире и более развиты, чем дистальные. По количеству бугров зуб напоминает второй нижний постоянный моляр. На щечной поверхности коронки в области шейки имеется сильно выступающий эмалевый валик. Щечная поверхность слегка наклонена по направлению к жевательной

поверхности. Неглубокая бороздка разделяет щечную поверхность на более узкую дистальную. Подобные же соотношения имеются на язычной поверхности. Зуб имеет два корня – медиальный и дистальный. Медиальный корень длиннее, шире и мощен. Он снабжен продольной бороздкой, которая увеличивает его размеры в ширину. Дистальный корень менее развит, несколько короче и слегка вытянут в медиальном направлении. Корни зуба обычно сильно раздвинуты, между корнями заложен зачаток первого постоянного премоляра.

Ситуационная задача №8

1. Хронический фиброзный пульпит 5.4 зуба.

2. Рентгенологическая картина 5.4 зуба, глубокая кариозная полость на дистально-апроксимальной поверхности, сообщающаяся с полостью зуба, корни в состоянии стабилизации, неравномерное расширение периодонтальной щели, фолликул 1.4 зуба представлен в виде просветления округлой формы, с четким, нигде не прерывающимся ободком уплотнения в зоне бифуркации корней 5.4 зуба, это компактная пластинка стенок фолликула.

3. В данном клиническом случае проводим витальную пульпотомию. Обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, расширение полости зуба, пульпотомия (коронковую пульпу удаляем алмазными борами на высоких оборотах бормашины, отделяем на уровне устьев корневых каналов), орошение физиологическим раствором, гемостаз, наложение на корневую пульпу пасты из гидроксида кальция, прокладка из СИЦ, адгезивная подготовка, постоянная пломба, финишная обработка.

4. Анатомо-топографические особенности зуба 5.4 – имеет мало сходств с первым моляром постоянных зубов. Еще менее сходен с заменяющим его премоляром. Продолговатая в медиально-дистальном направлении форма коронки не имеет подобной во всем прикусе. Коронка в области шейки зуба почти так же широка, как у края жевательной поверхности. Она имеет четыре бугра, не всегда отчетливо выраженные. Щечный медиальный бугорок несколько выше остальных и выделяется в виде выступа. Щечная поверхность

коронки разделена двумя тонкими бороздками на три части. Коронка со щечной стороны развита несколько больше, чем с небной. Небная поверхность коронки сильно выпукла. Край жевательной поверхности несколько уже, чем снабженная валиком шейка этой стороны зуба. Жевательная поверхность разделена проходящей медиально-дистальной фиссурой на палатинальный бугорок и на большой щечный. Зуб имеет три корня: два щечных (медиальный и дистальный) и один небный. Корни широко раздвинуты, очень часто небный корень спаян с дистальным. Слияние обеих корней в виде широкой борозды нередко продолжается вплоть до верхушек. Медиальный корень толще, чем дистальный, уплощен в медиально-дистальном направлении. Верхушки корней как бы срезаны, верхушечные отверстия сравнительно широкие. Между раздвинутыми корнями располагается зачаток постоянного премоляра.

Ситуационная задача №9

1. Хронический гангренозный пульпит 5.5 зуба.
2. Дифференциальная диагностика хронического гангренозного пульпита с хроническим периодонтитом.

Общее: наличие глубокой кариозной полости в пределах околопульпарного дентина, дентин влажный, рыхлый, с гнилостным запахом; зондирование дна и стенок кариозной полости безболезненное; сообщение с полостью зуба; сходные рентгенологические данные

Различия: глубокое зондирование резко болезненное при хроническом гангренозном пульпите, при хроническом периодонтите безболезненное; реакция на тепло положительная при хроническом гангренозном пульпите, при периодонтите отсутствует; при хроническом гангренозном пульпите пульпа в состоянии хронического воспаления, пульповая ткань темно-красного цвета, легко кровоточит при прикосновении, при хроническом периодонтите в состоянии некроза.

3. В данном клиническом случае показана витальная пульпэктомия.

Первое посещение: обезболивание, наложение системы коффердам, препарирование кариозной полости, пульпотомия,

определение рабочей длины зуба, пульпэктомия, медико-инструментальная обработка каналов, высушивание, в каналах временный антибактериальный силлер, временная повязка.

Второе посещение: обезболивание, наложение системы коффердам, удаление временной повязки, удаление содержимого каналов, медико-инструментальная обработка каналов, высушивание obturation корневых каналов нетвердеющей пастой, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, постоянная пломба, финишная обработка.

4. Анатомо-топографические особенности зуба 5.5 – коронка напоминает коронку верхнего первого постоянного моляра. На жевательной поверхности второго моляра благодаря проходящим бороздкам отчетливо выражены четыре бугорка: два щечных и два небных. Сравнительно часто, как и у первого постоянного зуба, у медиально-небного края коронки имеется пятый бугорок. Очень редко на щечной поверхности отмечается три бугорка. В таких случаях медиальный щечный бугорок разделен бороздкой на две части. Щечная поверхность коронки имеет почти квадратную форму со слегка выпуклыми боковыми поверхностями. Боковые поверхности изгибаются по направлению к жевательной поверхности. На небной поверхности у шейки особенно выражен эмалевый валик. Зуб имеет три корня, по форме своей напоминающие корни первого постоянного моляра. Небный корень сильно развит и имеет округлую форму. Он иногда срастается с более узким и коротким дистальным корнем. Медиальный корень сильно выражен, сбоку уплощен и на обеих сторонах снабжен, продольной бороздой. Медиальный корень сильно изогнут, дистальный корень иногда очень короток.

5. Второй период развития пульпы временного зуба – период функциональной зрелости пульпы (стабильное существование сформированного корня зуба).

Отмечается наличие в центральном слое большого количества созревших соединительнотканых клеток – фибробластов, а также малодифференцированных клеток мезенхимы – звездчатых, веретенообразных, адвентициальных. Слой одонтобластов хорошо выражен, при этом в корневой части пульпы он тоньше. В данный период наблюдается наибольшее количество нервных элементов

и сосудов в пульпе (над- и пододонтобластические сосудистые и нервные сплетения). Пульпа сформированного зуба участвует в обменных процессах, выполняет дентинообразовательную и защитную функции, которые осуществляются благодаря наличию в ней гистиоцитов и макрофагов, располагающихся в коронковой и корневой пульпе, концентрируясь преимущественно в ее апикальной части, хорошо разветвленной сети кровеносных и лимфатических сосудов, а также гиалуроновой кислоте.

Ситуационная задача №10

1. Хронический простой пульпит 4.4 зуба.

2. Учитывая аллергическую реакцию на амидную группу местных анестетиков, будем проводить лечение в 4.4 зубе методом девитальной экстирпации.

Первое посещение: шадящее препарирование кариозной полости, наложение девитализирующей пасты, количество которой соответствует размеру шаровидного бора наименьшего диаметра, ватный шарик, временная повязка. Девитализирующая паста накладывается сроком на 10 дней.

Второе посещение: удаление временной повязки, ватного шарика, ампутация, расширение полости зуба, определение рабочей длины зуба, экстирпация пульпы, медикаментозно-инструментальная обработка канала, обезжиривание и высушивание корневого канала, obturация корневого канала методом латеральной и вертикальной конденсации, рентген-контроль, адгезивная подготовка, восстановление анатомической формы зуба, финишная обработка.

3. Техника Step Back, шаг назад, данный метод заключается в подготовке канала на всем его протяжении, шаг за шагом увеличивая его размер до необходимого диаметра от апекса к устью. При применении данной методики диаметр корневого канала в апикальной трети поддерживают минимальный, с формированием уступа для снижения вероятности выхода пломбирочного материала. По направлению к коронковой части канал следует воронкообразно расширить. После измерения рабочей длины канала все инструменты устанавливаются на данную длину. Размер

первого инструмента определяется номером файла, установленно-го на рабочую длину, т.е., он заклинивается в канале на апикальном уровне. Апикальную часть канала обрабатывают возвратно-поступательными движениями, до момента свободного продвижения инструмента на установленную длину, т.е. до тех пор, пока канал не расширится на 3-4 размера в апикальной области.

Для предотвращения блокирования инструмента в корневом канале и закупоривания апикального отверстия дентинными опилками, необходимо периодически возвращаться к инструменту меньшего размера. Например, после работы инструментом № 15 используют инструмент № 20, а затем вновь № 15; далее применяют инструмент № 25 и снова осуществляют возврат к инструменту № 20 и т.д. Файл которым заканчивают работу в канале на полную рабочую длину, называется мастер-файлом. Рабочую длину следующего за ним инструмента устанавливают на 1 мм меньше, чем полная рабочая длина канала, а рабочую длину последующего инструмента уменьшают на 1 мм.

Важно, что после каждого механического прохождения канала инструментом необходимо проводить ирригацию.

4. Топографические особенности зуба 4.4 – коронка на поперечном срезе имеет округлую форму с выпуклой вестибулярной поверхностью, на которой располагается широкий продольный валик, соединяющийся с большим главным бугорком жевательной поверхности. Вестибулярная поверхность коронки зуба значительно длиннее язычной. На жевательной поверхности коронки располагаются два бугорка – большой щечный и маленький язычный, бугорки соединены валиком. Щечный бугорок сильно наклонен внутрь в язычную сторону. Полость первого премоляра овальной формы, сужена в мезио-дистальном направлении. В своде полости хорошо выражено углубление для щечного рога пульпы. Диаметр пульповой камеры в среднем равен 4 мм. Постепенно сужаясь, полость коронки переходит в 1-3 корневых канала, у 80% пациентов – 1 канал, у 18% – 2 (щечный, язычный) и у 2% – 3, однако корень всегда один, часто имеет язычный наклон. Средняя длина зуба – 22 мм, продольная ось зуба имеет дистальный наклон 14°.

В 25% случаев один корневой канал раздваивается в средней трети, типы конфигурации корневых каналов IV – два отдельных корневых канала и V – один корневой канал, который разде-

ляется к апексу (Pineda, Kuttler, 1972; Vertucci, 1978). Это представляет определенные трудности в процессе эндодонтического лечения. Чтобы получить хороший доступ к корневым каналам, полость нужно расширить в язычном направлении. Канал вначале идет практически прямо, а в середине корня искривляется язычно и щечно. Поэтому при обработке каналов инструменты в щечную часть канала следует вводить с язычным изгибом, а в язычную – со щечным. При этом существует опасность чрезмерного выпрямления канала и расширения его в апикальной трети. Менее чем в 5% случаев встречается тип II и III конфигураций каналов (II – два корневых канала, соединяющихся в апикальной трети, III тип – один корневой канал, разделяющийся на два канала, которые затем сливаются в один и выходят через одно отверстие).

Глава III. Хронические пульпиты временных и постоянных зубов в стадии обострения

Ситуационная задача №1

1. Обострение хронического простого пульпита 4.3 зуба.
2. Дифференциальная диагностика хронического простого пульпита в стадии обострения (табл. №5).

Таблица №5

Острый частичный пульпит	Острый общий пульпит	Острый или Обострение верхушечного периодонтита
Общее		
Наличие глубокой кариозной полости	Самопроизвольная боль	Длительные ноющие боли
Болезненное зондирование в одной точке	Медленно проходящая боль от температурных раздражителей	Зуб изменен в цвете
Реакция на холод медленно проходящая	Глубокая кариозная полость, болезненность при зондировании	Наличие глубокой кариозной полости
Самопроизвольная боль	Перкуссия сравнительная	Болезненная перкуссия

Различия		
Болевой приступ короткий, 15-20 минут	Иррадирующая боль	Боль постоянная, нарастающая
В анамнезе отсутствуют длительные ноющие боли	В анамнезе отсутствуют длительные ноющие боли	Нет реакции от температурных раздражителей
При зондировании полость зуба не вскрыта	Зондирование болезненное по всему дну	Переходная складка отчетна, гиперемирована, сглажена
Перкуссия безболезненная	Холод может успокоить боль	ЭОД более 100 мкА
Нет изменений в периапикальных тканях	Нет изменений в периапикальных тканях	В периапикальных тканях деструктивные изменения, за исключением острого процесса
ЭОД 18-20 мкА	ЭОД 30-45 мкА	

3. Топографические особенности зуба 4.3 – клык по внешнему виду напоминает клык верхней челюсти, но несколько меньших размеров. Коронка выглядит более узкой, удлинённой с выпуклой вестибулярной поверхностью. На режущем крае выделяется центральный бугорок, разделяющий режущий край на короткую медиальную и длинную латеральную части. Полость клыка овальной формы, сужена в мезио-дистальном направлении.

В области режущего бугорка имеется углубление для рога пульпы, соответственно язычному валику также есть небольшое углубление. Окружность пульповой камеры – 4,6 мм. В зоне перехода полости зуба в корневой канал локализуется выступ дентина на губной стенке. Средняя длина зуба – 26 мм, продольная ось зуба имеет мезиальный наклон 13°, лингвальный наклон оси 15°. Количество корней в 99% случаев 1, в 1% – два. Апикальное сужение выражено слабо, что затрудняет определение рабочей длины.

4. В данном клиническом случае лечение проводится в два посещения методом витальной экстирпации.

Первое посещение: обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, расширение полости зуба, ампутация, определение рабочей длины зуба, экстирпация, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание, временная obturation антибактериальной пастой, временная повязка.

Второе посещение: обезболивание, наложение системы коффердам, удаление временной повязки, эвакуация содержимого канала, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, обезжиривание и высушивание канала, obturation корневым герметиком методом латеральной конденсации, рентген-контроль, изолирующая прокладка, адгезивная подготовка, заполнение полости композиционным материалом, финишная обработка.

Ситуационная задача №2

1. Обострение хронического гангренозного пульпита 5.3 зуба.
2. Дифференциальную диагностику хронического гангренозно-го пульпита (табл. №6)

Таблица №6

Обострение хронического гангренозного пульпита	Острый общий пульпит	Острый периодонтит и обострение хронического периодонтита
Общее		
Наличие длительных самопроизвольных ноющих болей	Наличие длительных самопроизвольных ноющих болей	Наличие длительных ноющих болей
Горячее провоцирует боль, холодное успокаивает	Горячее провоцирует боль, холодное успокаивает	Боль при накусывании, болезненная перкуссия
Болезненная перкуссия	Болезненная перкуссия	Наличие глубокой кариозной полости
Наличие глубокой кариозной полости	Наличие глубокой кариозной полости	Имеется сообщение с полостью зуба
Имеется сообщение с полостью зуба, поверхностное зондирование безболезненное		Гнилостный запах из зуба
Гнилостный запах из зуба		Изменения в периапикальных тканях
Изменения в периапикальных тканях		

Различия		
В анамнезе зуб ранее болел, имелись признаки хронического пульпита	В прошлом самопроизвольных болей в зубе не было	Постоянная ноющая боль, резкая боль при прикосновении языком и накусывании на больной зуб, чувство "выросшего" зуба. На температурные раздражители реакция отсутствует
Имеется сообщение с полостью зуба	Зондирование болезненное по дну	Зондирование безболезненное
Глубокое зондирование болезненное	Сообщения с полостью зуба нет	Патологическая подвижность зуба
Приступ боли усиливают сильные раздражители, в первую очередь при действии горячего	Нет изменений в периапикальных тканях	Положительный симптом вакопареза, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым (при хроническом гранулирующем периодонтите в стадии обострения)

3. В данной клинической ситуации проводим лечение методом витальной пульпэктомии.

Первое посещение: обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, расширение полости зуба, ампутация, экстирпация пульпы, определение рабочей длины, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание, в канале оставляем временный антибактериальный силер (сроком на 2-3 дня), временная повязка.

Второе посещение: обезболивание, удаление временной повязки, удаление содержимого корневого канала, медикаментозно-инструментальная обработка канала, высушивание, obturation нетвердеющей пастой, рентген контроль, пломба из СИЦ, фиксация искусственной коронки.

4. Топографические особенности временных зубов, как указывает R.T. Walker (1997), полость данных зубов имеет общие особенности, отличающие их от постоянных: больший размер по сравнению с постоянными, более тонкие эмаль и окружающий полость дентин, отсутствие четкой границы между коронковой и корневой пульпы, меньший диаметр корневых каналов при одновременном увеличении соотношения длины корня с

коронковой частью, более разветвленная сеть корневых каналов в многокорневых временных зубах, большая выраженность рогов пульпы.

Полость зуба у верхних, нижних резцов и клыков повторяет контуры зуба, а пульпа расположена близко к поверхности. Корневые каналы широкие и сужаются только к верхушке корня. Длина временных резцов верхней челюсти 16 мм, боковые резцы несколько короче: центральные резцы – 14 мм, боковые – 15 мм. Длина клыков верхней челюсти – 19 мм, нижних – 17 мм. Моляры верхней челюсти имеют 3 корня, а нижние – 2. Полость зуба большая по сравнению с размером зуба. При препарировании зуба следует помнить, что в области бифуркации рога пульпа зуба покрыта слоем дентина и эмали толщиной 2 мм. Бифуркация корней близко располагается ко дну полости. Моляры нижней челюсти обычно имеют по 2 канала в каждом корне. У моляров верхней челюсти 3 канала и 3 корня, но передний щечный канал иногда с двумя каналами.

Ситуационная задача №3

1. Обострение хронического фиброзного пульпита зуба 7.5, диагноз основан на данных жалоб, анамнеза заболевания и клинического осмотра.

2. По данным клинической ситуации, поставленного предварительного диагноза обострение хронического фиброзного пульпита зуба 7.5, рентгенологическая картина будет следующая: глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, расширение периодонтальной щели.

3. Обострение хронического фиброзного пульпита дифференцируют с острым частичным пульпитом, с острым общим пульпитом, острым серозным периодонтитом и обострением хронического периодонтита.

а. Острый частичный пульпит.

Общее: наличие глубокой кариозной полости, болезненное зондирование в одной точке, провоцирование холодом длительной ноющей боли, самопроизвольная боль со «светлыми» промежутками.

Различия:

- наличие иррадиирующих болей при хроническом фиброзном пульпите в стадии обострения, чего не бывает при остром частичном пульпите;

- наличие самопроизвольных или длительных ноющих болей от различных раздражителей в прошлом, а острый частичный пульпит существует не больше двух суток; наличие болезненного при зондировании сообщения кариозной полости с полостью зуба, при остром частичном пульпите полость зуба не вскрыта; острый частичный пульпит встречается у практически здоровых детей с компенсированной формой кариеса, т.е. достаточно редко; перкуссия при остром частичном пульпите всегда безболезненна.

б. Острый общий пульпит.

Общее: жалобы на самопроизвольную ноющую боль со «светлыми» промежутками, иррадиирующую по ходу ветвей тройничного нерва, когда ребенок не может указать больной зуб; длительную боль провоцируют химические и температурные раздражители; наличие глубокой кариозной полости, болезненной при зондировании, перкуссия болезненная.

Различия: наличие самопроизвольных болей в прошлом при хроническом фиброзном пульпите в стадии обострения, острый общий пульпит может существовать не больше 2-3 суток; зондирование при хроническом пульпите в стадии обострения болезненно в одной точке, полость зуба вскрыта, при остром общем пульпите зондирование болезненно по всему дну и нет сообщения с полостью зуба; при остром общем пульпите холод может успокоить боль, чего не наблюдается при хроническом фиброзном пульпите в стадии обострения;

в. Острый и хронический периодонтит в стадии обострения.

Общее: длительные ноющие боли, наличие глубокой кариозной полости, болезненная перкуссия, подчелюстной лимфаденит, повышение температуры.

Различия: при пульпите обязательно наличие «светлых» безболевых промежутков, а при остром и хроническом обострившемся периодонтите боль постоянная, нарастающая по времени; при пульпите боль возникает от температурных раздражителей, а при периодонтите реакция отсутствует; при остром периодонтите не

рентгенограмме нет патологических изменений со стороны периапикальных тканей.

4. В данном клиническом случае проводим метод витальной пульпэктомии.

В первое посещение: обезболивание, препарирование, наложение системы коффердам, расширение полости зуба, пульпотомия, пульпэктомия, определение рабочей длины зуба, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание, временная obturация каналов антибактериальной пастой, временная повязка. Явка через 2-3 дня.

5. Третий период развития пульпы временного зуба – угасание функциональных свойств пульпы (рассасывание корня зуба). Инволютивные изменения в пульпе заключаются в уменьшении клеточного состава; увеличении количества коллагеновых волокон, межучного аморфного вещества, тканевой жидкости; дистрофических изменениях – ретикулярной и жировой дистрофии, фиброзе, частичной редукции кровеносных сосудов, нервных элементов. Жизнеспособность пульпы сохраняется благодаря резорбционному органу.

Ситуационная задача №4

1. Обострение хронического простого пульпита 3.7 зуба.

2. Корни зуба 3.7 у 14-летнего подростка находятся на стадии незакрытой верхушки.

3. В данном клиническом случае, учитывая, что корни находятся на стадии незакрытой верхушки, необходимо провести метод апексификации, цель которого заключается в образовании барьерного мостика у верхушки корня.

Первое посещение: проводниковая анестезия, удаление старой пломбы, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, расширение полости зуба, ампутация, создание эндодонтического доступа (при этом необходимо учитывать большой объем полости 3.7 зуба с несформированной верхушкой корня, поэтому ее раскрытие проводят более широко, чем в сформированных зубах), экстирпация, определение рабочей длины, инструментальная обработка каналов (в данном зубе с незаконченным

формированием верхушки корня проводится с учетом рабочей длины, которая устанавливается на 2 мм короче рентгенологической, это необходимо для того, чтобы избежать ослабления тонких стенок несформированного корня в верхушечной части и травмирования клеток, участвующих в формировании апикального барьера.

Распад пульпы удаляем в направлении от коронки вниз, препарируем стенки корневого канала файлами больших размеров с тупой верхушкой), медикаментозная обработка каналов (учитывая несформированность верхушки 37 зуба рекомендуем провести ирригацию в апикальной трети канала 0,5-1,5% раствором NaOCl, в средней и коронковой частях 3% раствором, для нейтрализации остатков раствора NaOCl обработку корневого канала заканчиваем промыванием дистиллированной воды); удаление смазанного слоя, т.е. промывание корневого канала 15%-ным раствором этилендиаминтетрауксусной кислоты (ЭДТА), после инструментальной обработки полностью удаляет смазанный слой дентин и расширяет дентинные каналы, растворяя перитубулярный дентин; высушивание и временная obturation каналов пастой, содержащей гидроксиапатит кальция, зуб временно реставрировали СИЦ.

Второе посещение через две недели, проводили замену кальцийсодержащей пасты и в дальнейшем каждые 3 месяца. Для формирования апикального барьера требуется от 6 до 24 месяцев. Через 3 месяца после начала лечения проводят клиническое и рентгенологическое исследование с целью обнаружения апикального барьера. Если он не определяется рентгенологически, корневой канал распломбировывают, промывают гипохлоритом натрия и заполняют свежеприготовленной пастой, содержащей гидроксид кальция.

Если образование апикального мостика подтверждается рентгенологически, необходимо получить клиническое подтверждение его образования, после чего корневой канал пломбируют гуттаперчевыми штифтами методами латеральной и вертикальной конденсации и постоянной пломбой.

4. Алгоритм ирригации системы корневых каналов постоянных зубов включает несколько этапов:

1) при проведении трепанации крыши пульпарной камеры полость промывается гипохлоритом натрия (0,5-5%);

2) при первичном прохождении, особенно в облитерированных каналах, инструмент для лучшего скольжения смазывается любрикантом;

3) на протяжении этапа препарирования канала после каждого механического этапа каналы обрабатываются последовательно растворами гипохлорит 0.5% и ЭДТА 17% (раствор);

4) окончательная ирригация экспозиции водного раствора ЭДТА 15-17% в течение 1 минуты, экспозиция гипохлорит натрия 0,5%-5% в течение 5 минут, промывание раствором этилового спирта 97% для качественного высушивания всей системы каналов;

5) тщательное высушивание системы каналов с помощью бумажных штифтов.

Ситуационная задача №5

1. Обострение хронического гангренозного пульпита 8.4 зуба.

2. В данном клиническом случае проводим витальную пульпэктомию, т.е. удаление всей корневой пульпы, поскольку оставление ее неизбежно через некоторое время даст прогрессирующее осложнение в периапикальные ткани и на зачаток 4.4 зуба. Лечение корней временных зубов, как правило, не вызывает всех тех трудностей, которые часто встречаются при лечении постоянных зубов, связанных с необходимостью обработки труднопроходимых или непроходимых каналов при облитерации или закрытии их дентиклами. Сложность лечения временных зубов зависит от резорбции корня. Чем больше резорбирован корень, тем больше вероятность из-за широкого просвета канала развития токсического периодонтита или инфицирования периапикальной области.

В тех же зубах, в которых еще не началась резорбция корней или рассасывание, или, как в нашей клинической ситуации, 8.4 зуб находится в начальной стадии резорбции, экстирпация пульпы проходит успешно. Каналы обрабатывают ручными инструментами на глубину на 2-3 мм меньше рентгенологической длины канала. Важно соблюдать осторожность, чтобы избежать перфорации тонкой стенки канала. Поскольку апикальные ответвления нельзя обработать механически, их необходимо тщательно промыть ирригационным раствором. Корневые каналы пломбируем

рассасывающимся цинкоксид-эвгенолом и восстанавливаем коронку зуба.

3. В качестве ирригационного раствора в 8.4 зубе будем использовать 2% раствор хлоргексидина биглюконат. Хлоргексидин обладает антибактериальным и антигрибковой активностью к микрофлоре полости рта. Подавляет микробную активность в течение 48 часов после ее применения.

Ситуационная задача №6

1. Ортопантограмма: корни зубов 1.5, 1.7, 2.5, 2.7, 3.5, 3.7, 4.5, 4.7 на этапе несформированной верхушки, начинается обызвествление дна полости третьего моляра, визуализируются пломбы на 4.6, 3.6 зубах на жевательных поверхностях в пределах эмали, пломба на 2.6 зубе в пределах плащевого дентина, на 2.5 зубе пломба на дистально-апроксимальной поверхности, заполняющая полость зуба, пломба на дистально-апроксимальной поверхности 2.3 зуба в пределах эмали, пломба на 2.4 зубе на медиально-жевательной поверхности в пределах околопульпарного дентина, также визуализируется процесс развития начальной стадии кариеса на медиально-апроксимальной поверхности 4.4 зуба, 1.2 зуба и на дистально-апроксимальной поверхности 1.1 зуба, у 4.5 зуба дистально-апроксимальная стенка разрушена, в полости зуба и на устье корневого канала визуализируется материал, не плотно прилегающий к твердым тканям.

2. На основании данных клинического обследования и данных рентгенограммы, диагноз обострение хронического простого пульпита 4.5 зуба.

3. Индекс КПУ=9, декомпенсированная форма кариеса.

4. Учитывая данные рентгенограммы 4.5 зуба, корни на этапе несформированной верхушки, метод лечения будет называться апексофикация, т.е., цель данного метода лечения – стимуляция формирования твердотканного барьера в апикальной части несформированного корня при некротизированной пульпе.

В первое посещение: обезболивание, препарирование, наложение изолирующей системы коффердам, удаление временной

повязки из кальция, создание эндодонтического доступа, экстирпация пульпы, определение рабочей длины канала, медикаментозно-инструментальная обработка, высушивание и обезжиривание, временная obtурация кальций содержащей пастой, пломба из СИЦ.

Далее замена препарата в канале проводится через две недели, затем каждые 3 месяца, при этом необходимо проводить рентгенологическое исследование с целью обнаружения твердотканного барьера. Для образования твердотканного барьера необходимо от 6 до 24 месяцев.

5. При обильном отложении зубного налета необходимо провести профессиональную гигиену полости рта, учитывая возраст ребенка, использовать в качестве порошка для процедуры Air flow мельчайший порошок, где размер гранул не превышает 14 микронов, а также обучить навыкам индивидуальной гигиены полости рта и подобрать средства гигиены, учитывая данные индекса КПУ.

Ситуационная задача №7

1. Обострение хронического фиброзного пульпита 6.4 зуба.
2. В данном клиническом случае необходимо провести витальную пульпэктомияю.
3. Особенности клинического течения пульпита временных зубов:
 - воспаление пульпы во временных зубах может возникнуть из небольшой полости, это можно объяснить наличием тонкого покрова твердых тканей зубов, маломинерализованных зон дентина, в виде широких полос интерглобулярного дентина до границ пульпы;
 - прогрессирующий процесс, т.е. быстрый переход из острого течения в хронический, этим можно объяснить высокую частоту хронических форм пульпитов, в отличие от острых процессов;
 - переход из острого течения в хронический объясняется и тем, что, согласно выше перечисленным анатомо-морфологическим особенностям временных зубов, воспаление может быстро вскрыться и дать отток экссудативной жидкости, это объясняет болезненную перкуссию при острых формах пульпита, также воспалительный экссудат при пульпите может найти выход через широкие апикальные отверстия, короткие и широкие дентинные каналцы;

- острый серозный пульпит наблюдается сравнительно редко и быстро превращается в гнойный;

- острые процессы в пульпе временных зубов сопровождаются общей реакцией организма в виде подчелюстного лимфаденита, субфебрильной температуры и вовлечения в процесс периодонта, что еще раз объясняет болезненную перкуссию из-за поступления продуктов воспаления через широкие апикальные отверстия в ткани периодонта и большого количества клеточных элементов, кровеносных и лимфатических сосудов, наличия рыхлой соединительной ткани периодонта временных зубов, также костная ткань, окружающая периодонт, имеет небольшую толщину кортикальной пластинки, тонкие костные балочки, большие костномозговые пространства, что также влияет на развитие воспаления в окружающих тканях;

- пульпиты временных зубов сопровождаются изменениями в периапикальных тканях в виде расширения периодонтальной щели и деструктивными изменениями в области бифуркации корней, также при хроническом гангренозном пульпите может быть свищ.

Глава IV. Острые периодонтиты временных и постоянных зубов

Ситуационная задача №1

1. Острый гнойный апикальный периодонтит 5.5 зуба.

2. Рентгенография не всегда облегчает диагностику, особенно на верхней челюсти, на которой различные детали строения и патологические изменения не всегда отчетливо рентгенологически выражены. Варианты строения нередко сглаживаются и стираются. Кроме того, изменения структуры при остром периодонтите, возникшем первично в первые дни процесса, не выявляются. По рентгенограмме детской челюсти не всегда возможно понять, идет ли речь о патологическом процессе вокруг верхушки корня временного зуба, который распространяется на постоянный зуб, или же измененный участок представляет собой еще незаконченную в росте и неминерализованную часть зубного мешочка.

3. Дифференциальную диагностику проводят с острым общим пульпитом, обострением хронического фиброзного пульпита, обострением хронического периодонтита.

4. Скопившийся экссудат вследствие резкого повышения давления в относительно замкнутом пространстве проникает за пределы периодонтальной щели. Имеются три пути движения экссудата: через корневой канал, через периодонтальную щель в десневой карман и через стенку альвеолы.

Наиболее благоприятный и желательный в клиническом отношении путь – это естественный путь через корневой канал. По этому пути экссудат движется, если апикальное отверстие открыто и канал свободен. В зубе со вскрытой камерой и открытой кариозной полостью при движении экссудата через корневой канал происходит дренаж периодонтальной щели, поскольку нет препятствий для выхода экссудата наружу.

Второй путь движения экссудата связан с повреждением периодонта. Экссудат, скопившийся в периапикальной области, не имея выхода через корневой канал, распространяется по тканям периодонтальной щели, раздвигает волокна периодонта, расслаивает их; дойдя до дна десневого кармана, прорывает его и изливается через десневой карман в полость рта. При этом повреждается связочный аппарат. Зуб становится подвижным.

Третий путь движения экссудата через стенку альвеолы – наиболее сложный, как в нашем клиническом случае, он всегда связан для больного со значительными болями. Создавшееся в периодонтальной щели повышенное давление из-за скопившегося экссудата толкает гной через естественные каналы и ходы, имеющиеся в компактной пластинке альвеолы. Экссудат, пройдя через стенку альвеолы, отслаивает надкостницу, собирается под ней и образует под ней поднадкостничный абсцесс. Давление экссудата на надкостницу связано с очень резкими болями, поскольку надкостница снабжена многочисленными нервами. Эти боли исчезают только тогда, когда происходит прорыв надкостницы гноем или производится оперативное ее рассечение, ликвидирующее напряжение в ткани и давление на нервы. Третий путь большей частью проходит через наиболее тонкую и легче проходимую наружную (губнощечную) стенку альвеолы. В редких случаях экссудат направляется через внутреннюю стенку (язычную и небную).

Ситуационная задача №2

1. Острый серозный апикальный периодонтит 5.1 зуба.

2. К сожалению, рентгенография не всегда облегчает диагностику, особенно на верхней челюсти, на которой различные детали строения и патологических изменений не всегда отчетливо рентгенологически выражены. Варианты строения нередко сглаживаются и стираются. Кроме того, изменения структуры при данной клинической ситуации, которая возникла в первые дни процесса, не выявляются.

2. Обезболивание, наложение системы коффердам, препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, определение рабочей длины, эвакуация распада пульпы из корневого канала, медикаментозно-инструментальная обработка канала, обезжиривание и высушивание канала, obturation нетвердеющими силерами, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, СИЦ, фиксация искусственной коронки.

3. Дифференциальную диагностику острого серозного периодонтита проводят с острым гнойным периодонтитом, острым общим пульпитом, хроническим гангренозным пульпитом в стадии обострения, хроническим периодонтитом в стадии обострения.

Острый общий пульпит: для этой формы характерны жалобы на самопроизвольно возникающие приступы резких, долго длящихся острых болей, они прекращаются или ослабевают на короткое время (15-20 минут), возобновляются снова, затем становятся почти непрерывными. Боли носят неврологический характер, т.е. ребенок не в состоянии точно указать больной зуб. При пульпите в зубе нижней челюсти боли иррадиируют в ухо, в затылок, в шею, при пульпите в зубе верхней челюсти – в висок, в переносицу, в лоб. Экскавирование кариозной полости мучительно для ребенка, кариозный дентин снимается пластами, зондирование кариозной полости болезненно по всему дну.

Обострение хронического гангренозного пульпита: боль возникает лишь от горячей пищи и быстро исчезает, иногда ощущается неприятный запах и чувство неловкости, «распираания» зуба, пульпарная камера вскрыта, нередко вся крыша пульпарной полости разрушена, часть коронковой пульпы находится в состоянии распада, иногда вся коронковая пульпа представляет собой бурю

массу распада, издающую характерный гангренозный запах, глубокое зондирование, в особенности в области устьев корневых каналов, вызывает значительную, но скоро проходящую боль, изменения в периодонте хронического характера в виде расширения периодонтальной щели.

Обострение хронического периодонтита: длительность и периодичность обострений заболевания (определяется по анамнезу), рентгенологические признаки, характерные для соответствующей формы хронического периодонтита, изменение цвета коронки, наличие свищевых ходов, функционирующих во время обострения.

Ситуационная задача №3

1. Острый верхушечный периодонтит фаза интоксикации 4.6 зуба.

2. Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями: острый периодонтит фаза экссудации, острый общий пульпит, обострение хронического гангренозного пульпита с обострениями хронических форм периодонтита.

3. В данном клиническом случае лечение данного зуба будем проводить в несколько посещений, так как присутствует болевой симптом (и как показывают наши клинические наблюдения, при наличии острого апикального воспаления эндодонтическое лечение в одно посещение дает худшие результаты, чем лечение несколько посещений с применением антибактериальных повязок).

Первое посещение: обезболивание, после наложения коффердама вскрываем полость зуба, канал обильно промываем гипохлоритом натрия в течение 7-10 минут, высушиваем тщательно и заполняем гидроксидом кальция сроком до 7 дней под временной повязкой.

Во второе посещение: обезболивание, наложение системы коффердам, удаление временной повязки, эвакуация содержимого канала, проводится интенсивная ирригация корневых каналов по протоколу, тщательное высушивание бумажными штифтами, пломбирование корневых каналов, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, восстановление анатомической формы зуба, финишная обработка.

4. Патогистологическая картина острого верхушечного периодонтита: фаза интоксикации характеризуется выраженным воспалением полиморфно-ядерных лейкоцитов в периодонтальное пространство, которое бывает расширено активностью остеокластов. Макрофаги играют основную роль в разрушении иммунных комплексов и системы комплимента. Защита от чужеродных веществ осуществляется в основном за счет нейтрофилов. Макрофаги захватывают бактериальные антигены и повышают иммунный потенциал, что способствует аккумуляции нейтрофилов с последующим некрозом.

Ситуационная задача №4

1. Острый верхушечный периодонтит фаза экссудации 3.7 зуба

2. *Первое посещение*: проводниковая и инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, изоляция рабочего поля системой коффердам, раскрытие полости зуба, расширение устьев корневых каналов, определение рабочей длины зуба, эвакуация содержимого каналов, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание, obturation временным силлером (паста из гидроксида кальция), временная повязка. Внутрь назначить курс антибиотикотерапии.

Второе посещение (через 3-5 дней): обезболивание, наложение системы коффердам, удаление временной повязки, эвакуация содержимого каналов, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание, obturation методом латеральной конденсации, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, восстановление анатомической формы зуба, финишная обработка.

3. Существует несколько принципов эндодонтической обработки системы корневых каналов: формирование конусности канала, сужение канала по направлению к апексу с самой узкой точкой у верхушки, обработка всех поверхностей канала, предотвращение выхода инструмента за апикальное отверстие и сохранение адекватного размера апикального отверстия.

После формирования доступа в канал осторожно вводят К-файл №10, смазанный лубрикантом. Врач должен чувствовать инстру-

мент и направлять его по ходу канала до рентгенологической верхушки. Если файл не может пройти через дентикли или сужения, его вынимают. Канал промывают 3% раствором гипохлорита натрия и продолжают процедуру до тех пор, пока инструмент не достигнет верхушки. После этого файлом работают вертикальными движениями с амплитудой 1-2 мм. Основным принципом обработки корневого канала является подтверждение его проходимости и последовательное расширение.

После того как первый файл будет свободно ходить в канале, его вынимают. Канал промывают и вводят К-файл следующего размера. Повторяют те же действия, выводят инструмент и промывают канал. Затем вводят предварительно изогнутый ример №20, немного не доходя до верхушки. Римеры служат для удаления дентинной стружки и остатков пульпы. Римеры формируют достаточно прямые каналы. Затем предварительно изогнутый ример №25 вводят до первого сопротивления и выводят «режущим» движением. Тем же способом применяют римеры 35-40 размеров. Короковую часть расширяют бором Gates-Glidden. К-файлом №20 и римером расширяют канал до размера апикального отверстия, последующими инструментами – шире. После промывания канала проверяют его проходимость тонким инструментом и вводят следующий инструмент. Так происходит последовательное расширение канала. Обработка канала заканчивается, когда каналу будет придана конусная форма.

Ситуационная задача №5

1. Острый гнойный апикальный периодонтит 6.1 зуба.
2. Рентгенологическая картина острого периодонтита не имеет диагностического значения. Может наблюдаться незначительное расширение периодонтальной щели за счет скопления экссудата, завуалированность структуры губчатого вещества в околокорневых тканях – за счет инфильтрации и отека.
3. Обезболивание, препарирование, вскрытие полости зуба, расширение устья корневого канала, эвакуация содержимого канала, определение рабочей длины, медикаментозно-инструментальная обработка канала, высушивание, obturation временным

силлером, временная повязка, периостотомия, назначение курса антибиотиков.

4. Острое течение воспаления периодонта встречается чаще всего у практически здоровых детей, процесс из серозной стадии быстро переходит в экссудативную, локальный процесс в течении нескольких часов переходит в диффузный, в который вовлекаются ткани периодонта, мягкие ткани и регионарные лимфатические узлы, пульпа в ряде случаев остается витальной, страдает общее состояние ребенка, повышается температура, т.е. развивается неспецифическая иммунная реакция в ответ на попадание токсинов из патологического очага в общий кровоток.

Ситуационная задача №6

1. Острый апикальный периодонтит, фаза интоксикации 2.6 зуба.

2. 2.6 зуб находится на 3 стадии незакрытой верхушки, корни сформированы на всю длину. Стенки корня сближаются в верхушечной части, но полностью не смыкаются. Диаметр устьев корневых каналов шире апикальных отверстий. На стадии сформированного апикального отверстия последнее не прослеживается. Стадия несформированного периодонта характеризуется расширением периодонтальной щели в апикальной части корня (J. I. Ingle, J. F. Taintor, 1985). Каждая стадия длится около года. После закрытия верхушки корня формируется апикальный периодонт.

3. Апексификация – это ряд лечебных мероприятий, стимулирующих формирование твердотканного барьера в апикальной части несформированного корня постоянного зуба с некротизированной пульпой.

4. *Первое посещение:* инфильтрационная анестезия, удаление старой пломбы, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, раскрытие полости зуба, создание эндодонтического доступа (при этом необходимо учитывать большой объем полости 2.6 зуба с несформированной верхушкой корня, поэтому ее раскрытие проводят более широко, чем в сформированных зубах), определение рабочей длины, **инструментальная обработка каналов** (в данном зубе с незаконченным формировани-

ем верхушки корня проводится с учетом рабочей длины, которая устанавливается на 2 мм короче рентгенологической, это необходимо для того, чтобы избежать ослабления тонких стенок несформированного корня в верхушечной части и травмирования клеток, участвующих в формировании апикального барьера.

Распад пульпы удаляем в направлении от коронки вниз, препарлируем стенки корневого канала файлами больших размеров с тупой верхушкой, **медикаментозная обработка каналов** (ирригацию проводят гипохлоритом натрия, так как препарат оказывает выраженное бактерицидное действие, способен растворять содержимое корневых каналов, некротизированные ткани, остатки пульпы, попадание раствора за верхушку зуба, оказывает токсическое действие, а учитывая несформированность верхушки 46 зуба, рекомендуем провести ирригацию в апикальной трети канала 0,5-1,5% раствором NaOCl, в средней и коронковой части – 3% раствором, для нейтрализации остатков раствора NaOCl обработку корневого канала заканчиваем промыванием дистиллированной водой; для удаления смазанного слоя используют хелатные соединения (комплексоны), представительницей которых является этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА), промывание корневого канала ее 15%-ным раствором после инструментальной обработки полностью удаляет смазанный слой дентин и расширяет дентинные каналы, растворяя перитубулярный дентин; высушивание и **временная obtурация каналов** (в качестве временного силлера используют пасты, содержащие гидроксипатит кальция, антимикробное действие которого обусловлено гидроксильными ионами, разрушающими фосфолипиды – основной компонент клеточной мембраны, снижается активность ферментов тканевого дыхания, что приводит к гибели бактериальной клетки, лизируются остатки пульпы, прекращается резорбция кости за счет воздействия на остеокласты и стимулируется костеобразование путем влияния на активность остеобластов); ионы кальция стимулируют щелочные фосфатазы, которые принимают непосредственное участие в процессах костеобразования и оказывают положительное воздействие на реакции местного иммунитета; при соединении с влагой материал увеличивается в объеме, закупоривая макро- и микроканалы, обеспечивая их временную изоляцию; временный силлер на

основе кальция готовили, смешивая гидроксид кальция с физиологическим раствором в соотношении 2:1 до консистенции густой сметаны, вводили в корневые каналы каналонаполнителем; зуб временно реставрировали СИЦ.

Второе посещение через две недели проводили замену кальцийсодержащей пасты и в дальнейшем каждые 3 месяца. Для формирования апикального барьера требуется от 6 до 24 месяцев. Паста, содержащая гидроксид кальция, в корневом канале может рассасываться, и, кроме того, со временем экссудат и тканевая жидкость приводят к постепенному снижению рН пасты и препарат лишается своего антибактериального действия, поэтому должен быть заменен новой порцией с высокощелочным рН. Однако некоторые авторы рекомендуют менять пасту каждый месяц. Через 3 месяца после начала лечения проводят клиническое и рентгенологическое исследование с целью обнаружения апикального барьера. Если он не определяется рентгенологически, корневой канал распломбируют, промывают гипохлоритом натрия и заполняют свежеприготовленной пастой, содержащей гидроксид кальция. Если образование апикального мостика подтверждается рентгенологически, необходимо получить клиническое подтверждение его образования, после чего корневой канал пломбируют гуттаперчевыми штифтами методами латеральной и вертикальной конденсаций и постоянной пломбой.

Ситуационная задача №7

1. Острый апикальный периодонтит, фаза эксудации 2.6 зуба.

2. *Первое посещение:* обезболивание, препарирование, удаление старой пломбы, наложение системы коффердам, раскрытие полости зуба, расширение устьев корневых каналов, определение рабочей длины зуба, эвакуация содержимого корневых каналов, инструментально-медикаментозная обработка корневых каналов (здесь необходимо провести интенсивную ирригацию корневых каналов по протоколу), тщательное высушивание, временно obtурируем корневые каналы пастой из гидроксида кальция сроком на 7-10 дней, под временную повязку.

Назначаем курс антибиотиков.

3. Инструменты для расширения устья корневого канала: Gates-Gliden Drill с укороченной рабочей частью каплеобразной формы на длинном тонком стрежне. Длина рабочей части со стержнем – 050, 070, 090, 110, 130, 150. Размер маркируется кольцами на держателе. Предназначен для работы угловым наконечником на малых оборотах. Используется для расширения устья канала и прохождения прямого отрезка коронковой части корневого канала, а также для удаления гуттаперчи из канала.

Largo (Peeso-Reamer) – дрель с удлиненной рабочей частью, переходящий в жесткий стержень. Выпускается серия из 6 размеров с сечениями 070, 090, 110, 130, 150, 170. Размер маркируется кольцами на держателе. Можно использовать для прохождения верхней части канала (до первого изгиба).

Глава V. Хронические периодонтиты временных и постоянных зубов

Ситуационная задача №1

1. Хронический фиброзный периодонтит 3.6 зуба.
2. Хронический фиброзный периодонтит дифференцируют между собой (хронические формы периодонтитов), средним кариесом, хроническим гангренозным пульпитом.

а. Хронические формы периодонтитов между собой.

Общие признаки – заболевания протекают в большинстве случаев без ярко выраженных клинических симптомов, отсутствие боли, наличие большой кариозной полости или зуб под пломбой, перкуссия не дает реакции.

Различия: хронический гранулирующий периодонтит – периодические обострения, широкое верхушечное отверстие, определяемое при обработке корня, иногда болезненность и кровоточивость при инструментальной обработке канала в области верхушечного отверстия, наличие десневого свища, при отсутствии свища невозможность герметичного закрытия зуба, десна нередко слегка отечна, несколько изменена в цвете, рентгенологическое исследование показывает характерные деструктивные изменения периодонтальной щели, в области верхушки она расширена за счет

рассасывания альвеолы и цемента корня, разрежение альвеолы не имеет очерченных границ, оно в виде языкоподобных выступов внедряется через поврежденную компактную пластинку в стенку альвеолы;

хронический гранулематозный периодонтит – перкуссия зуба дает тупой, глухой звук, нередко отмечается выпячивание передней стенки альвеолы в участке расположения гранулемы, при рентгенологическом исследовании в области верхушки обнаруживается участок разрежения, четко ограниченный от нормальной кости;

б. Средний кариес.

Общие признаки – бессимптомное течение, наличие кариозной полости, безболезненная перкуссия.

Различия: кратковременные боли от температурных раздражителей, болезненность при зондировании по эмалево-дентинному соединению, отсутствие признаков дисколорита эмали, ЭОД в пределах 2-6 мкА.

в. Хронический гангренозный пульпит.

Общие признаки – неприятный запах, чувство неловкости в зубе, большая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина, часто коронка значительно разрушена, пульпарная камера вскрыта, нередко вся крыша разрушена или зуб находится под пломбой, перкуссия по зубу иногда болезненна, изменения в периодонте хронического характера в виде неравномерного расширения периодонтальной щели.

Различия – боль возникает лишь от горячей пищи и быстро исчезает, глубокое зондирование вызывает значительную, но скоро проходящую боль, после удаления пульпы обнаруживается, что часть коронковой пульпы и вся корневая находится в состоянии хронического воспаления, пульповая ткань темно-красного цвета, легко кровоточит при прикосновении, ЭОД в пределах 75-95 мкА.

3. Алгоритм лечения 3.6 зуба.

Первое посещение: обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение коффердама, расширение полости зуба (полость расширяют алмазным бором на ножке, формирование полости заканчивают инструментом с гладким концом, стенки полости должны слегка дивергировать), создание доступа к устьям корневых каналов (полость в зубе 3.6 имеет трапецевидную форму,

доступ формируют, начиная от центра коронки и направляя бор дистально, поскольку пространство над дистальным каналом легче всего обнаружить), определение рабочей длины каналов, медикаментозно-инструментальная обработка (данная процедура подразумевает удаление всего содержимого системы корневых каналов, формирование конусности, сужение канала по направлению апексу с самой узкой точкой у верхушки, обработка всех поверхностей канала, предотвращение выхода инструмента за апикальное отверстие и сохранение адекватного размера апикального отверстия, после каждой инструментальной обработки – промывание корневых каналов гипохлоритом натрия, в конце инструментальной обработки проводится удаление смазанного слоя 15% раствором ЭДТА, тщательное высушивание, временная obturация корневых каналов пастой из гидроксида кальция (сроком на 10 дней), временная повязка.

Второе посещение: инфильтрационная анестезия, наложение системы коффердам, удаление временной повязки, экскавация временного силера, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, тщательное высушивание, пломбирование канала методом вертикальная конденсации, рентгенологический контроль, наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, восстановление анатомической формы зуба, финишная обработка.

Ситуационная задача №2

1. Хронический гранулирующий периодонтит 2.2 зуба.
2. Рентгенологически определяется разрежение околоверхнечелюстных тканей без четких границ в виде языков пламени.
3. Симптом вазопареза положительный: при давлении на слизистую оболочку десны пуговчатым штопфером определяется побледнение слизистой оболочки и возникает углубление, которое очень медленно исчезает, сменяясь стойкой гиперемией.
4. Алгоритм лечения зуба 22.

Первое посещение: инфильтрационная анестезия, удаление старой пломбы, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, раскрытие полости зуба, расширение устья корневого канала, удаление putridных масс и некротического

дентина, определение рабочей длины зуба, медикаментозно-инструментальная обработка канала, обезжиривание и высушивание канала, obturation корневого канала временным кальций содержащим силлером, временная повязка.

Второе посещение: инфильтрационная анестезия, удаление временной повязки, наложение системы коффердам, эвакуация временного силлера из канала, медикаментозно-инструментальная обработка канала, обезжиривание и высушивание канала, obturation методом вертикальной конденсации, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, восстановление зуба, финишная обработка.

5. Дети и подростки с хроническими формами периодонтита ставятся на диспансерный учет у детского стоматолога. Повторное клинико-рентгенологическое обследование проводят спустя 12 месяцев. Если через 12 месяцев больной не предъявляет жалоб, рентгенологически определяется отсутствие или уменьшение деструктивных изменений в околоверхушечных тканях, больной снимается с диспансерного учета. Если через 12 месяцев больной не предъявляет жалоб, но рентгенологически определяются выраженные деструктивные изменения в околоверхушечных тканях, требуется повторное эндодонтическое лечение, если последнее не дает положительного результата решается вопрос о применении хирургических методов лечения, т.е. зубосохраняющей операции (резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация, реплантация).

Ситуационная задача №3

1. Хронический фиброзный периодонтит 8.4 зуба.

2. Обезболивание, удаление старой пломбы, наложение системы коффердам, препарирование кариозной полости, расширение устьев корневых каналов, определение рабочей длины зуба, удаление пулридных масс и некротического дентина, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, обезжиривание и обезвоживание стенок канала, obturation цинкоксид-эвгеноловой пастой, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, адгезивный протокол, восстановление полости пломбой из СТВ.

3. Наиболее частые осложнения, связанные с периодонтитом, – остеомиелиты челюстей. Одонтогенные остеомиелиты челюстей у

детей протекают тяжело, часто принимают диффузный характер и дают секвестрацию значительных участков кости. Тяжесть течения остеомиелита у детей обуславливается своеобразием анатомической структуры челюстей в детском возрасте, которая способствует распространению воспалительного процесса в детской челюсти. Инфекция, проникающая в толщу кости, нередко приводит к некрозу наиболее важных ее участков, обеспечивающих интенсивный рост челюстных костей, – области угла челюсти и ветви.

Одним из осложнений, связанных с периодонтитом временных зубов, является повреждение зачатков постоянных зубов, в результате чего зачаток может в тяжелых случаях полностью погибнуть, в легких случаях развиться с порочной эмалью в виде гипоплазии эмали. Инфекция, поражая эмалевый орган, разрушает его на определенном протяжении. Зуб прорезывается обезображенным с частично отсутствующей эмалью. Такого рода гипоплазии эмали обычно наблюдаются на малых коренных зубах, пострадавших от воспалительного процесса, связанного с периодонтитом временного моляра (Гипоплазия Турнера). Как известно, зачатки постоянных зубов расположены в толще детских челюстей несколько ниже и внутрь по отношению к корням временных зубов. Зачатки малых коренных зубов лежат между корнями временных моляров, довольно близко от них. Этим объясняется то, что воспалительный процесс в тканях, окружающих корни временных моляров, легко переходит на зачаток постоянного зуба.

Не исключается возможность возникновения хронического сепсиса у детей – эндокардита, ревматического артрита и других заболеваний, причиной чему явились гангренозные зубы с периапикальными процессами. Поэтому такие зубы подлежат обязательной экстракции. Как правило, удалению подлежат все временные зубы с хроническим воспалением периодонта, не поддающимся лечению.

Ситуационная задача №4

1. Хронический гранулирующий периодонтит 7.4 зуба.
2. Причины возникновения периодонтита – инфекция, химические агенты, травма. Наиболее частой причиной развития периодонтита является инфекция. Инфекция попадает в периодонт двумя путями: через корневой канал (в этом случае развивается

верхушечный периодонтит) или через десневой карман (тогда возникает краевой или маргинальный периодонтит). В редких случаях инфекция может попасть в периодонт гематогенным путем.

Самая частая форма периодонтита – инфекционный апикальный периодонтит. Следовательно, периодонтит встречается преимущественно в зубах, пораженных кариозным процессом. Апикальный периодонтит является наиболее частым исходом пульпита или гангрены пульпы. Травматические периодонтиты могут развиваться вследствие острой или хронической травмы. Острая травма может возникнуть в результате раскусывания очень твердых предметов, повреждения костью, зубочисткой, удара, повреждения острым инструментом через апикальное отверстие (файлы, иглы и прочее), хроническая травма – повторяющиеся микротравмы. Длительно и непрерывно действующей микротравмой являются удары, получаемые периодонтом при завышенной пломбе или выступающей искусственной коронке. Химические агенты могут вызвать периодонтит при применении для лечения пульпы препаратов фармокрезола, девитализирующих средств и т.д.

3. Исход лечения данного зуба – удаление, так как под влиянием патологического процесса (не соответствуя возрасту) резорбированы более 1/2 корня зуба.

4. Вопрос об экстракции временного зуба должен решаться в каждом случае индивидуально в зависимости от возраста ребенка, степени резорбции корней и характера патологического процесса в зубе.

Однако в практической работе приходится нередко сталкиваться с такими случаями, когда нужно принимать решение об удалении временного зуба в зависимости только от характера патологического процесса. Абсолютным показанием к удалению любого зуба является такое состояние, когда наблюдается очаг хронического сепсиса, в частности при подозрении на связь зубного очага инфекции с сердечными заболеваниями, с ревматизмом и т.д. Абсолютным показанием к удалению временных зубов является также острое септическое состояние, связанное с зубным очагом. Если в этих случаях активное местное лечение и применение антибиотиков не дает эффекта, то экстракция абсолютно показана.

Показания к удалению временных зубов: зубы, являющиеся источником острого септического состояния, хронииосепсиса, не выдерживающие герметического закрытия, зубы с перфорированными корнями и дном пульповой камеры, зубы с полностью разрушенными коронками, также все подвижные временные зубы, потерявшие функциональную ценность.

Ситуационная задача №5

1. Хронический гранулирующий периодонтит 8.5 зуба, основной особенностью является неограниченность процесса, в результате чего происходит повреждение, деструкция в отдельных местах компактной пластинки альвеолы и внедрение в нее разрастающейся грануляционной ткани. Одновременно грануляционная ткань рассасывает цемент корня. В цементе появляются резорбционные ямки, нередко сливающиеся между собой и захватывающие дентин корня и разрушающие его на большем или меньшем протяжении. После прорыва компактной пластинки внедрившаяся, как языки пламени, грануляционная ткань разрушает по пути костную ткань альвеолы и, в конечном счете, нередко прорывается через наружную стенку альвеолы и десну, образуя свищевой ход, из которого по мере накопления выделяется небольшое количество гноя. Гранулирующий периодонтит представляет собой подвижный процесс, он отличается значительной интенсивностью, активностью. В отношении влияния на организм гранулирующий периодонтит следует рассматривать как активный очаг, который в некоторых случаях может носить хронииосептический характер.

2. Первое посещение: инфильтрационная анестезия, наложение системы коффердам, препарирование кариозной полости, удаление остатков пломбы, расширение полости зуба, устьеv корневых каналов, определение рабочей длины зуба, удаление гнилых масс, некротического дентина, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, обезжиривание и обезвоживание стенок корневых каналов, временная obturation кальций содержащей пастой, временная повязка сроком до 10 дней.

Второе посещение: инфильтрационная анестезия, удаление временной пломбы, наложение системы коффердам, эвакуация из

каналов временного силера, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, обезжиривание и обезвоживание стенок корневых каналов, obturation цинкоксид-эвгеноловой пастой, рентген-контроль, пломба из СИЦ, фиксация искусственной коронки.

3. При хронических формах периодонтита с патологическими изменениями в костной ткани временных зубов показана экстракция первого молочного моляра в семи-восьмилетнем возрасте. Однако наша тактика по отношению к этим зубам должна варьировать в зависимости от рентгенологических данных. Удаление всех временных моляров независимо от возраста показано при остром воспалительном процессе в периапикальной области, сопровождающемся инфильтрацией окружающих тканей и угрозой распространения гнойного процесса, в частности развитием флегмон.

Временные клыки следует сохранять возможно дольше, учитывая их роль в развитии челюсти, удаление клыка должно производиться лишь в крайнем случае, при абсолютных показаниях. Касательно фронтальной группы зубов, если в четырехлетнем возрасте резцы поражены периодонтитом со значительными изменениями в периапикальных тканях, то следует удалять такие зубы, так как часть корня резорбирована.

При решении вопроса об экстракции временных зубов очень важно учитывать сроки выпадения этих зубов и прорезывания постоянных. Необходимо учитывать частоту обострений воспалительного процесса в периодонта временных зубов. Зубы с хроническим периодонтитом, часто обостряющимся, не поддающиеся терапевтическому воздействию, подлежат удалению независимо от возраста ребенка.

Ситуационная задача №6

1. Хронический фиброзный периодонтит 2.6 зуба.

2. Обезболивание, препарирование кариозной полости, наложение системы коффердам, расширение полости зуба, определение рабочей длины корней зуба, удаление гнилостных масс и некротического корневого дентина, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, обезжиривание и высушивание каналов,

обтурация временной кальцийсодержащей пастой, на дно ставят прокладку из СИЦ, временная повязка.

3. В данном клиническом случае проводится апексофикация с воздействием на апикальную часть корня одонтотропного лечебного материала с последующим образованием плотного барьера верхушки корня – формированием верхушечного периодонта.

Гидроокись кальция является уникальным материалом при лечении зубов с несформированной верхушкой. Ее антибактериальное действие обусловлено высокой щелочностью (рН=12,5), в отношении ряда микроорганизмов, антисептическое действие сохраняется, пока рН пасты не станет ниже 8. Это происходит в течение 2-3 недель. Замена пасты дает лучшие результаты. Во время замены гидроксида кальция канал должен быть механически обработан по длине на 1-2 мм короче, чем при начальной обработке, чтобы не мешать заживлению тканей. Но замена гидроксида кальция не является обязательной процедурой. Если материал остается сухим при первом контрольном посещении (через 2-3 недели), то пациент может обратиться через 3 месяца.

Длительность лечения составляет от 12 до 18 месяцев, но может варьировать от нескольких месяцев до двух лет. После формирования апикального барьера канал пломбируется окончательно классической техникой. Рентгенологический контроль необходим через год.

Ситуационная задача №7

1. У некоторых детей мы наблюдаем потемнение зубов, отличающихся по цвету от соседних. Такие изменения цвета зубов чаще всего являются результатом травмы, которая бывает у детей при падении или от удара. Таким образом, изменение цвета зуба может возникнуть в результате кровоизлияния в пульпе, причем элементы крови проникают в дентинные каналы. В дальнейшем наступает распад крови с образованием гемосидерина, продуктов разложения гемоглобина и пр.

Пигмент крови окрашивает дентин в различные оттенки – желтоватый, красноватый, вплоть до темного цвета. Вследствие прозрачности эмали создается впечатление, что зуб изменил свой цвет.

В некоторых случаях кровоизлияние в пульпе после травмы может полностью рассосаться, и изменение цвета не наступает или цвет восстанавливается. Могут быть два варианта последствий кровоизлияния: либо пульпа подвергается некрозу и последующему распаду, либо же она остается живой и может наступить ее выздоровление.

В первом случае изменение цвета зуба постепенно усиливается и зуб приобретает темную окраску.

Во втором случае кровоизлияние в пульпу постепенно рассасывается и большая часть кровяного пигмента, проникшего в дентинные каналы, исчезает. Если ребенок приходит к врачу немедленно вслед за полученной травмой, как в нашем клиническом случае, то изменение цвета зуба еще не обнаруживается. Следует учитывать, что требуется определенный период времени, обычно продолжающийся два-три месяца, прежде чем омертвевшая пульпа распадается и явится причиной изменения цвета. Иногда этот период продолжается долгое время – много месяцев и даже годы.

2. Хронический гранулематозный периодонтит 2.1 зуба.

3. Первое посещение: инфильтрационная анестезия, препарирование, раскрытие полости зуба, расширение устья корневого канала, определение рабочей длины зуба, эвакуация распада пульпы из корневого канала, медикаментозно-инструментальная обработка канала, обезжиривание и высушивание, obturation временной кальций содержащей пастой сроком на 10 дней, временная повязка.

Второе посещение: удаление временной повязки, эвакуация содержимого канала, медикаментозно-инструментальная обработка канала, обезжиривание и высушивание, obturation постоянным силлером методом латеральной конденсации, постоянная пломба. Диспансерное наблюдение каждые 3 месяца.

4. Техника пломбирования методом латеральной конденсации бета-гуттаперчей, целью данного метода является трехмерное плотное заполнение корневого канала неразмягченной гуттаперчей. Подбирают основной гуттаперчевый конус такого же размера, что и мастер-файл. Он должен входить в канал на всю рабочую длину и заклиниваться в области верхушечного отверстия (как пробка в бутылке). Делают рентгеновский снимок и при

необходимости корректируют длину и размер штифта. После высушивания канала с помощью абсорбентов вводят небольшое количество силлера и распределяют по стенкам. Затем вводят до упора подобранный ранее гуттаперчивый штифт, который смазан тем же силлером. Между стенкой канала корня и штифтом, отклоняя его в сторону, вводят спредер на глубину, которая соответствует рабочей длине мастер-файла. Таким образом создается место для вспомогательных гуттаперчивых штифтов.

После извлечения спредера в незаполненное пространство канала помещают два гуттаперчивых штифта так же с небольшим количеством силлера. Процедуру повторяют до того момента, когда спредер практически нельзя ввести в пломбируемый канал. Концы гуттаперчивых штифтов, выступающих из устья канала, срезают электрокоагулятором.

Ситуационная задача №8

1. Хронический периодонтит 6.4 зуба.
2. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести рентгенологическое исследование зуба, чтобы определить наличие патологического процесса в околокорневых тканях и определить состояние фолликула постоянного зуба.
3. Дифференциальную диагностику в первую очередь проводят с хроническим гангренозным пульпитом.

Общие признаки: наличие глубокой кариозной полости в пределах околопульпарного дентина, дентин влажный, рыхлый, с гнилостным запахом, сообщение с полостью зуба, безболезненное зондирование стенок и дна, рентгенологические изменения в периапикальных тканях.

Различия: болезненное глубокое зондирование (устья корневого канала), продолжительный болевой приступ при приеме горячей пищи, пульпа находится в состоянии хронического воспаления, пульповая ткань темно-красного цвета, легко кровоточит при прикосновении, что не характерно для хронического воспаления периодонта зуба.

Глава IV. Обострение хронических форм периодонтита временных и постоянных зубов

Ситуационная задача №1

1. Обострение хронического фиброзного периодонтита 2.4 зуба.

2. Дифференциальная диагностика обострившегося хронического фиброзного периодонтита проводится со следующими заболеваниями: острый верхушечный периодонтит, фаза экссудации, обострившийся хронический гранулирующий и гранулематозный периодонтиты, локальная форма пародонтита в стадии абсцедирования.

3. Под инфильтрационной и небной анестезией препарирование кариозной полости, изоляция зуба коффердамом, расширение полости зуба, устьев корневых каналов, определение рабочей длины зуба, удаление распада пульпы, раскрытие верхушечного отверстия, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание, временная obturation каналов кальцийсодержащим силлером, временная повязка. Периостотомия с дренированием раны. Назначение курса антибиотиков широкого спектра действия, десенсибилизирующие препараты.

4. Лекарственные средства для обработки системы корневых каналов должны соответствовать следующим требованиям: оказывать быстрое действие и глубоко проникать в дентинные каналы, обладать выраженным бактерицидным и бактериостатическими свойствами, отличаться десенсибилизирующим действием, не терять эффективности в присутствии органических веществ, по возможности не иметь специфического запаха и вкуса, не вызывать появления резистентных форм микроорганизмов, способствовать регенерации и быть толерантными к тканям периодонта.

Ситуационная задача №2

1. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 1.6 зуба.

2. Патогистологическая характеристика хронического гранулирующего периодонтита в стадии обострения следующая: верхушечный периодонтит замещен грануляционной тканью, где

преобладают клеточные элементы: фибробласты, гистиоциты, лейкоциты, нередко с признаками жирового перерождения. Резорбирован цемент и дентин верхушечной части корня. Среди воспалительных клеток доминируют лимфоциты (50-60% всех клеток), полиморфно-ядерные лейкоциты (25-40%), макрофаги, плазматические клетки и фибробласты. Доминируют Т-хелперы, которые играют важную роль в резорбции костной ткани. Высокая концентрация антител в период обострения и ее снижение после эндодонтического лечения свидетельствует о целесообразности в данных случаях обработки корневого канала и удаления ткани, инфицированной бактериями.

3. Заключительным этапом эндодонтического лечения является obturation корневых каналов биосовместимым пломбировочным материалом. Целью пломбирования корневого канала является сохранение его наиболее биологически инертного состояния и предотвращение повторного инфицирования канала размножающимися в нем микроорганизмами. К силерам существуют определенные требования, т.е. идеальный пломбировочный материал для корневых каналов не должен раздражать периодонт, а должен плотно obturировать канал в латеральном и вертикальном направлениях, не давать усадки в канале, не должен поддерживать размножение бактерий, а напротив, обладать бактериостатическим эффектом, быть биосовместимым и нетоксичным, легко стерилизоваться перед использованием, быть рентгеноконтрастным и не изменять цвет зуба. Силер не должен быстро твердеть, а после твердения обладать хорошей адгезией к дентину, кроме того он должен быть не растворимым в тканевой жидкости и обладать небольшим расширением.

Ситуационная задача №3

1. Обострение хронического гранулематозного периодонтита 4.4 зуба.

2. В данном зубе необходимо провести эндодонтическое лечение в несколько посещений.

Первое посещение: обезболивание, препарирование, наложение изолирующей системы коффердам, расширение полости зуба,

создание первичного эндодонтического доступа, определение рабочей длины, эвакуация содержимого канала, медикаментозно-инструментальная обработка канала (соблюсти полный протокол ирригации корневого канала), высушивание, временная obturation кальций содержащей пастой, временная повязка. Назначаем антибактериальную и десенсибилизирующую терапию. Явка через 10 дней.

Второе посещение: обезболивание, наложение изолирующей системы коффердам, удаление временной пломбы, удаление содержимого каналов, медикаментозно-инструментальная обработка канала, тщательное высушивание системы корневого канала, obturation методом вертикальной конденсации, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, восстановление анатомической формы зуба, финишная обработка. Проводим диспансерное наблюдение через 3, 6, и 12 месяцев с учетом клинических и рентгенологических исследований.

3. Определение рабочей длины при апикальной резорбции. При хроническом периодонтите происходит не только резорбция корня с расширением апикальной части канала и апикальным сужением, но и отложение цемента. Разрушение апикальных очагов в большинстве корневых каналов, апикальное сужение и связь дентина с цементом, как правило, не выявляются, поэтому при обработке таких каналов необходимо формировать «апикальный упор». Он должен располагаться как можно ближе к апикальному отверстию, чтобы можно было удалить весь распад и бактерии в этой области во время лечения канала. При описанной рентгенологической картине обработка канала, не достигающего до верхушки 0,5-1,5 мм, не отвечает основной цели эндодонтического лечения – полной очистке инфицированной апикальной области. «Апикальный упор» помогает предотвратить выход инструментов и пломбировочного материала за верхушку корня.

Ситуационная задача №4

1. Обострение хронического гранулематозного периодонтита 1.5 зуба.

2. Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями: острый периодонтит, фаза экссудации, острый

общий пульпит, обострение хронического гангренозного пульпита с обострениями других форм хронических периодонтитов.

3. После наложения изолирующей системы, проведения всех эндодонтических этапов, канал необходимо промывать в течение 15 минут, тщательно высушив, заполняем корневого канал временной пастой из гидроксида кальция, коронковую полость заполняем материалом. Через семь дней аппликацию в канале заменяем, плотно заполняя канал гидроксидом кальция с помощью каналонаполнителя, коронковую полость заполняем пломбой из СИЦ. После замены повязки ее оставляем как минимум на три месяца. Гидроксид кальция оказывает интенсивное бактериальное действие в герметичном канале. Зуб находится под длительным наблюдением, 1 раз в 3 месяца проводить рентгенологическое исследование. После блокирования патологически интенсивной резорбции и восстановления периапикальной ткани провести постоянное пломбирование корневого канала и восстановление анатомической формы зуба.

Ситуационная задача №5

1. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 5.1 зуба.

2. Патологическая резорбция происходит чаще всего в результате хронического воспаления в периодонте временного зуба. Ведущим рентгенологическим признаком является деструкция и отсутствие костной ткани между корнями временных зубов или вокруг них. По мере прогрессирования патологического процесса корни временных зубов и фолликулы постоянных разобщаются, также может наступить рассасывание еще несформированных корней временных зубов, отдельных от фолликула постоянного зуба и корней рядом стоящих зубов. Также процесс патологической резорбции может распространиться на фолликулы постоянных зубов, вызвать преждевременную резорбцию костной оболочки фолликула и прорезывание постоянного зуба.

3. В данном клиническом случае необходимо удалить 5.1 зуб, так как наблюдается патологическая резорбция корня на 1/2, также прогрессирующий воспалительный процесс в околокорневых

тканях и разрыв ободка кортикальной пластинки зачатка 1.1 зуба является абсолютным показанием к экстракции. Периодонтит временных резцов чаще всего наблюдается в результате развивающегося в раннем возрасте циркулярного кариеса.

4. Преждевременная потеря временных зубов отрицательно отражается не только на правильном развитии челюстей, но и на правильном прорезывании зубов постоянного прикуса и общем состоянии здоровья ребенка. Ранняя потеря временных зубов приводит к пониженной жевательной функции ребенка. Отсутствие полноценного жевания нарушает деятельность желудочно-кишечного тракта. Пища недостаточно разжевывается и плохо усваивается. Это, в свою очередь, отражается на физическом развитии ребенка, влечет за собой диспепсические расстройства. Раннее удаление временных зубов может привести к задержке роста челюстей и к преждевременному прорезыванию постоянных зубов. При удалении временного зуба до того, как заменяющий его зуб достаточно разовьется, происходит задержка прорезывания постоянного зуба, что объясняется отсутствием трофического раздражения для фолликула, заменяющего зуб. Часть альвеолярного отростка, в которой был расположен удаленный зуб, резорбируется подобно тому, как атрофируется альвеолярный отросток беззубой челюсти у взрослого человека.

В результате преждевременной утраты временных зубов происходит сокращение альвеолярной дуги. Постоянные зубы задерживаются в альвеоле или же прорезываются в вестибулярном или оральном направлении. Происходит передвижка прорезывающихся постоянных зубов в медиальном направлении, в результате чего уменьшается пространство, предназначенное для ретинированного постоянного зуба. Особенно отчетливо это наблюдается при преждевременной экстракции временных зубов. При потере временных резцов это менее выражено. Соответствующие изменения резче выражены в верхней челюсти, чем в нижней. Преждевременная потеря временного и задержка прорезывания постоянного зуба может привести к тому, что противоположный, уже прорезавшийся постоянный зуб выдвигается. Это мешает боковым жевательным движениям. Роль временных резцов как удерживающих место постоянных сравнительно невелика, так как постоянные зубы шире временных. Нижние резцы играют более важную роль для

развития, чем верхние. Из временных моляров верхние важнее для развития челюстей, чем нижние.

Преждевременная утрата временных зубов связана в основном с осложненным кариесом. Отсюда огромное значение в профилактике зубочелюстных аномалий приобретает своевременная и плановая санация полости рта в дошкольном возрасте, направленная к предупреждению осложненного кариеса временных зубов. В тех случаях, когда преждевременное удаление временных зубов становится неизбежным, возникает необходимость в обязательном раннем зубном протезировании.

Ситуационная задача №6

1. Предварительный диагноз: обострение хронического периодонтита 1.4 зуба.

2. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести рентгенологическое исследование, чтобы оценить тяжесть патологического процесса в околокорневых тканях. Рентгенография требуется также в процессе эндодонтического лечения. Количество рентгеновских снимков в каждом случае зависит от ситуации. По рентгенограмме определяют длину корневых каналов. При помощи рентгенограммы проверяют правильность введения штифта, что позволяет избежать перепломбирования или недопломбирования канала. Рентгенограммы сразу после завершения лечения и выполненные через год позволяют оценить качество obturации канала, определить и обнаружить регенерацию в очаге деструкции, необходимость в хирургическом вмешательстве.

3. Проблемы, связанные с инструментальной обработкой каналов:

формирование ступеньки – чтобы предотвратить формирование ступеньки в канале, необходимо изгибать апикальную часть файла (4 мм), выемка на резиновом кольце инструмента показывает направление изгиба и должна быть направлена вначале медиально, затем дистально;

формирование воронки – апикальная воронка как результат неправильной обработки канала и его чрезмерного выпрямления, чтобы это избежать, кончик инструмента нужно изгибать несколь-

ко больше, чем видно на рентгенограмме, расширение апикального отверстия канала можно предотвратить только при длительной обработке тонкими гибкими файлами, после каждого поворота в канале по технике сбалансированных сил инструмент вынимают, очищают и изгибают;

перфорация – чрезмерное расширение медиального канала, которое может привести к перфорации его стенки. При обработке кривизны канала нужно избегать чрезмерного снятия дентина;

чрезмерное расширение канала – расширение апикального отверстия может быть причиной обострения после пломбирования канала, вероятность этого осложнения можно снизить, точно определив по рентгенограмме длину канала до условной коронковой точки, которая для всех каналов может быть разной.

Ситуационная задача №7

1. Для подтверждения диагноза необходимо провести рентгенологическое исследование зуба.

2. В данной ситуационной задаче речь идет о хроническом процессе в стадии обострения.

3. В первое посещение при обострении хронического периодонтита необходимо помнить, что причиной данного заболевания является прежде всего прогрессирующая инфекция. Поэтому неотложное лечение заключается в полной механической и химической обработке каналов. Если выделение гноя идет через корневой канал, то необходимо, чтобы ребенок некоторое время посидел в стоматологическом кресле, пока значительно не уменьшится или не прекратится выделение экссудата.

Далее необходимо провести механическую и химическую обработку каналов, обязательно провести ирригацию раствором NaOCl в течение нескольких минут до прекращения экссудации. После высушиваем каналы obtурируем временным кальцийсодержащим силером, накладываем временную повязку, проводим периостотомию. Назначаем курс антибиотикотерапии. Временный силер в канале желательно поменять через 3-5 дней из-за выраженной экссудации. Далее лечение проводим по алгоритму данного заболевания.

4. У временных моляров число и расположение корней схоже с постоянными зубами. Сразу после окончания формирования каждый корень временных моляров имеет только один канал, но затем морфология каналов может меняться как по числу, так и по форме просвета вследствие отложения вторичного дентина. Первые признаки изменений морфологии проявляются в апикальной области в виде тонкого узкого перешейка между вестибулярной и лингвальной стенками апикальной части канала. Последующее отложение вторичного дентина может вызвать полное разделение корневого канала на два или более отдельных. Изменения морфологии более выражены в мезиальных корнях как верхних, так и нижних временных моляров. Дополнительные латеральные каналы и апикальные разветвления каналов во временных молярах выявляются в 10–20 % случаев.

Первый временный моляр верхней челюсти имеет от 2 до 4 каналов. Мезиально-щечный корень делится на 2 канала примерно у 75 % первых временных моляров верхней челюсти. Небный и дистально-щечный корни срастаются примерно в одной трети случаев.

Второй временный моляр верхней челюсти встречается с 2–5 каналами. Мезиально-щечный корень обычно разделяется или имеет 2 отдельных канала (в 85–95 % случаев). Иногда срастаются небный и дистально-щечный корни, которые могут иметь общий канал, 2 отдельных или разделенных островками дентина и многими соединительными анастомозами канала.

Первый временный моляр нижней челюсти обычно имеет 3 канала, но может иметь 2 или 4. Примерно 75 % мезиальных корней имеют 2 канала и 25 % дистальных корней – более одного канала.

Второй временный моляр нижней челюсти может иметь 2–5 каналов. Мезиальный корень примерно в 85 % случаев имеет 2 канала, дистальный корень – больше одного канала в 25 % случаев.

Ситуационная задача №8

1. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 6.2 зуба.

2. Рентгенологическая картина хронического гранулирующего периодонтита показывает характерные деструктивные изменения

периодонтальной щели. В области верхушки корня она расширена за счет рассасывания альвеолы и цемента корня. Разрежение альвеолы не имеет очерченных границ, оно в виде языкоподобных выступов внедряется через поврежденную компактную пластинку в стенку альвеолы. Компактная пластинка альвеолы не представлена в виде непрерывной линии, а прервана в нескольких местах.

3. Особенности лечения хронических периодонтитов временных зубов является одним из сложных задач в детской эндодонтии, что связано с особенностями их морфологии и трудностями диагностики заболевания.

Основные методы лечения – консервативный и хирургический (удаление зуба). Цель консервативного метода лечения периодонтита временных зубов заключается в ликвидации воспаления в тканях периодонта и восстановление функциональной ценности зуба. Абсолютными показаниями к хирургическому методу лечения временных зубов является: резорбция корня более чем на $1/3$ длины, потеря функциональной ценности, перфорация дна полости зуба, распространение патологического процесса на зачаток постоянного зуба, рентгенологически видимая внутренняя резорбция корня, одонтогенная и фолликулярная киста, тяжелые общие заболевания (врожденные пороки сердца, лейкемия, опухоль, дефекты иммунной системы, иммуносупрессивная терапия), 1,5 года до смены зуба, неадекватное поведение пациента и отсутствие возможности лечения в условиях общего обезболивания.

4. Осложнения после эндодонтического лечения, обусловленные анатомическими особенностями корневых каналов, могут развиваться вследствие неправильного выявления, очистки, формирования и obturации всей системы корневого канала, варианты строения которой необходимо знать для выявления дополнительных каналов. Наиболее часто они встречаются в нижних резцах, вторых верхних премолярах, мезиально-щечных корнях первых верхних моляров. Процент успеха эндодонтического лечения боковых зубов ниже, чем фронтальных. Основной причиной этих неудач, помимо затрудненного доступа, является неадекватная обработка и пломбирование корневых каналов. Одна из причин неэффективного лечения – наличие *перешейка*. Он представляет собой анастомоз между основным и латеральным каналами или

двумя отдельными корневыми каналами (Pineda, 1973). Перешеек может содержать пульпу, живую или некротизированную и инфицированную бактериями. Частота встречаемости перешейков зависит от групповой принадлежности зубов, а в многокорневых варьирует в разных корнях. Так, в фронтальных зубах перешеек обнаруживается лишь в 15 % случаев, в дистальных верхних молярах – в 20 %. В исследованиях Weller и соавт. (1995 г.) перешеек, полностью или частично соединяющий каналы, имелся в корнях с двумя каналами. Он наиболее часто обнаруживался на расстоянии 3–5 мм от верхушки корня.

Ситуационная задача №9

1. На рис. 8, 7.5 зуб – рентгеноконтрастный материал заполняет полость зуба, обнаруживается плотное прилегание к твердым тканям, в корневых каналах определяется частичная резорбция пасты, под бифуркацией участок деструкции костной ткани с нечеткими контурами, патологическая резорбция верхушки медиального корня, компактная пластинка верхней стенки фолликула зачатка зуба 3.5 и лунки зуба в зоне патологического процесса не определяется.

2. Диагноз обострение хронического гранулирующего периодонтита 7.5 зуба обосновывается на данных жалоб, анамнеза, клинического осмотра и рентгенологической картины.

3. Учитывая прогрессирующую патологическую резорбцию под бифуркацией с нечеткими контурами, который можно трактовать как очаг хронического сепсиса, данный зуб подлежит экстракции.

Ситуационная задача №10

1. На прицельном рентгеновском снимке 3.5 зуб интактный, длина корня нормальной величины, стенки располагаются параллельно друг другу, в области верхушки заострены, корневым канал широкий, заканчивается в области верхушки корня раструбом, т.е. зуб находится на стадии не закрытой верхушки.

3.6 зуб – на жевательной поверхности визуализируется пломба, заполняющая кариозный дефект, близко прилегающая к полости зуба, в области корней участок деструкции костной ткани с нечет-

кими границами, распространяющийся на межкорневую перегородку, компактные пластинки лунки зуба в зоне патологического процесса, неравномерное расширение периодонтальной щели.

3.7 зуб – интактный, находится на стадии незакрытой верхушки формирования корня.

3.8 зуб – коронка зуба мудрости минерализована, его фолликул окружен компактной пластинкой.

2. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 3.6 зуба.

3. В данном зубе необходимо провести эндодонтическое лечение в несколько посещений.

Первое посещение: обезболивание, препарирование, удаление старой пломбы, наложение изолирующей системы коффердам, расширение полости зуба, создание первичного эндодонтического доступа, определение рабочей длины, эвакуация содержимого каналов, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, высушивание, временная obturation кальций содержащей пастой, временная повязка. Назначаем антибактериальную терапию. Явка через 10 дней.

Второе посещение: обезболивание, наложение изолирующей системы коффердам, удаление временной пломбы, удаление содержимого каналов, медикаментозно-инструментальная обработка каналов, тщательное высушивание системы корневых каналов, obturation методом вертикальной конденсации, рентген-контроль, наложение изолирующей прокладки, адгезивная подготовка, восстановление анатомической формы зуба, финишная обработка. Проводим диспансерное наблюдение через 3, 6, и 12 месяцев с учетом клинических и рентгенологических исследований.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ

1. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 7-ми лет с жалобами на неприятный запах изо рта и изменение цвета зуба у ребенка на верхней челюсти справа. При осмотре 5.4 зуб изменен в цвете, на жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, заполненная серо-грязной массой с резким запахом, зондирование болезненно в устьях корневых каналов, перкуссия безболезненна.

Какое хроническое заболевание из перечисленных в данной клинической ситуации?

- * гранулирующий периодонтит
- * гипертрофический пульпит
- * фиброзный периодонтит
- * гангренозный пульпит
- * простой пульпит

2. Во время профилактического осмотра у ребенка 6-ти лет в зубе 6.5 обнаружена глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным пигментированным дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, болезненное. Индекс КПУ+кп=3.

Какой предварительный диагноз из перечисленных наиболее вероятен?

- * глубокий кариес
- * хронический периодонтит
- * хронический простой пульпит
- * хронический гангренозный пульпит
- * хронический гипертрофический пульпит

3. В детскую стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 6-ти лет с жалобами на самопроизвольную боль в зубе на верхней челюсти слева, усиливающуюся при приеме пищи, в ночное время. Из данных анамнеза: со слов мамы, зуб беспокоит ребенка периодически, боли самостоятельно купировались, к стоматологу не обращались. В 6.5 зубе – глубокая кариозная полость на дистально-апроксимальной поверхности, при зондировании

имеется сообщение с полостью зуба, резко болезненное, перкуссия положительная, реакция на холод – медленно проходящая боль.

Какой предварительный диагноз из перечисленных наиболее вероятен?

- *обострение хронического периодонтита
- *хронический гипертрофический пульпит
- *обострение хронического пульпита
- *острый серозный периодонтит
- *острый серозный пульпит

4. Ребенок 12-ти лет предъявляет жалобы на самопроизвольную боль в зубе, усиливающуюся ночью. Из данных анамнеза заболевания: зуб болит в течение 2-х дней. При осмотре: 4.6 зуб – на жевательной поверхности кариозная полость в пределах околопульпарного дентина, выполненная остатками пищи, пигментированным дентином, зондирование резко болезненно в проекции рога пульпы, перкуссия безболезненна. КПУ=2. ЭОД в пределах 18 мкА.

Какой предварительный диагноз из перечисленных ниже в данной клинической ситуации?

- *острый периодонтит
- *острый общий пульпит
- *острый гнойный пульпит
- *острый частичный пульпит
- *обострение хронического пульпита

5. К детскому стоматологу обратилась мама с ребенком 4-х лет с жалобами на боли в зубе при приеме пищи. При осмотре на дистально-жевательной поверхности 8.4 зуба глубокая кариозная полость с размягченным дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, болезненное, перкуссия безболезненная, реакция на холод – медленно проходящая боль, слизистая вокруг зуба без изменений. На рентгенограмме 8.4 зуба: изменения в периодонта в виде неравномерного расширения периодонтальной щели.

Какой предварительный диагноз из перечисленных ниже наиболее вероятен?

- *хронический простой пульпит
- *острый гнойный общий пульпит

- *хронический гангренозный пульпит
- *хронический гипертрофический пульпит
- *обострение хронического гангренозного пульпита

6. Мама с ребенком 4-х лет обратилась в детскую стоматологическую клинику с жалобами на острую приступообразную боль на верхней челюсти справа, усиливающуюся при приеме пищи и в ночное время. Ребенок не может указать больной зуб. Стоматологический анамнез: со слов мамы, такие боли в зубе впервые. При осмотре: на жевательной поверхности 5.4 зуба глубокая кариозная полость с размягченным дентином, при удалении которого легко вскрылась полость зуба с выделением гнойного экссудата, зондирование болезненное, перкуссия сравнительная, слизистая вокруг зуба гиперемирована, отечна. Индекс кп=2.

Какой предварительный диагноз из перечисленных ниже в данной клинической ситуации?

- *острый периодонтит
- *острый серозный пульпит
- *острый гнойный пульпит
- *обострение хронического пульпита
- *обострение хронического периодонтита

7. Мама с ребенком 9-ти лет обратилась в детскую стоматологическую клинику с жалобами на самопроизвольные боли в зубе, усиливающиеся в ночное время и при приеме пищи. Из анамнеза заболевания: зуб беспокоит периодически в течение 6 месяцев, к врачу не обращались. При осмотре: на дистально-апроксимальной поверхности 2.6 зуба кариозная полость, сообщающаяся с пульповой камерой, зондирование болезненное, перкуссия сравнительная, реакция на холод – медленно проходящая боль.

С каким заболеванием из перечисленных ниже необходимо провести дифференциальную диагностику?

- *острый серозный общий пульпит
- *хронический гангренозный пульпит
- *хронический фиброзный периодонтит
- *хронический пролиферативный пульпит
- *хронический гипертрофический пульпит

8. У ребенка 3 лет во время профилактического осмотра в 8.4 зубе обнаружена кариозная полость со вскрытой полостью зуба, зондирование болезненное, перкуссия безболезненная, реакция на холод – медленно проходящая боль. Индекс кп=5.

С каким заболеванием из перечисленных ниже необходимо провести дифференциальную диагностику?

- *средний кариес
- *хронический простой пульпит
- *хронический фиброзный периодонтит
- *хронический пролиферативный пульпит
- *хронический гипертрофический пульпит

9. Во время профилактического осмотра у ребенка 11 лет выявлена на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование болезненное в устьях корневых каналов, перкуссия безболезненная, реакция на тепло положительная, ЭОД – 85 мкА.

С каким заболеванием из перечисленных ниже необходимо провести дифференциальную диагностику?

- *средний кариес
- *острый общий пульпит
- *острый гнойный периодонтит
- *хронический простой пульпит
- *хронический гангренозный пульпит

10. Мама с ребенком 2,5 лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику. Со слов мамы, зуб болит в течение суток, ребенок капризничает, проявляет беспокойство. На жевательной поверхности 7.5 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование болезненно в проекции рога пульпы, перкуссия положительная, слизистая оболочка вокруг зуба без изменений. Индекс кп=2.

С каким заболеванием из перечисленных ниже необходимо провести дифференциальную диагностику?

- *плоскостной кариес
- *хронический пульпит
- *острый серозный пульпит

- *острый гнойный пульпит
- *хронический периодонтит

11. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 10 лет с жалобами на острую приступообразную боль, иррадирующую по всей челюсти. При осмотре на медиально-апроксимальной поверхности 2.4 зуба кариозная полость с размягченным некродентином, при удалении которого легко вскрылась полость зуба с выделением гнойного экссудата, зондирование болезненное, перкуссия положительная, слизистая вокруг зуба гиперемирована, отечна.

С каким заболеванием наиболее целесообразно проведение дифференциальной диагностики?

- *острый гнойный периодонтит
- *хронический периодонтит
- *острый гнойный пульпит
- *хронический пульпит
- *глубокий кариес

12. Мама с ребенком 3-х лет обратилась в детскую стоматологическую клинику. Со слов мамы, у ребенка 2 дня назад появились боли в передних зубах, ребенок точно не может показать больной зуб, повысилась температура тела до 38°. Объективно на медиально-апроксимальной поверхности 5.1 зуба кариозная полость с размягченным дентином, при зондировании болезненно по всему дну, перкуссия положительная, слизистая десны отечна, гиперемирована. Индекс кп=2.

Какой предварительный диагноз из перечисленных ниже наиболее вероятен?

- *острый периодонтит
- *острый гнойный пульпит
- *острый серозный периодонтит
- *обострение хронического периодонтита
- *острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта

13. Мама с ребенком 6 лет обратилась в детскую стоматологическую клинику с жалобами на боли при жевании в нижнем зубе слева и на кровоточивость из зуба. При осмотре: в 7.5 зубе – на жева-

тельной поверхности кариозная полость, заполненная разросшейся, легко кровоточащей пульпой, перкуссия безболезненная, на рентгенограмме со стороны периапикальных тканей изменений нет.

Какой предварительный диагноз из перечисленных ниже наиболее вероятен?

- *острый гнойный пульпит
- *острый серозный пульпит
- *хронический простой пульпит
- *обострение хронического пульпита
- *хронический гипертрофический пульпит

14. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 8-ми лет с жалобами на самопроизвольную боль в зубе на верхней челюсти слева, усиливающуюся при приеме горячей пищи. При осмотре: 2.6 зуб изменен в цвете, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, пульпа серо-грязного цвета, зондирование болезненно в устьях корневых каналов, перкуссия безболезненная.

Какой метод лечения из перечисленных ниже наиболее вероятен?

- *апексогенез
- *консервативный
- *апексификация
- *девитальная пульпотомия
- *девитальная пульпэктомия

15. Мама с ребенком 8-ми лет обратилась в клинику с жалобами на неприятный запах изо рта у ребенка. При осмотре: 4.6 зуб изменен в цвете, на дистально-апроксимальной поверхности глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, заполненная остатками пищи, размягченным некродентином, глубокое зондирование резко болезненное, перкуссия отрицательная, слизистая вокруг зуба без изменений.

Какой материал из перечисленных ниже, целесообразно использовать в качестве временной obturation корневых каналов?

- *иодент
- *канасон

- *эндофил
- *эндометазон
- *кальцикур

16. Во время профилактического осмотра у ребенка 9-ти лет на жевательной поверхности 4.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование болезненное в устьях корневых каналов, перкуссия безболезненная, реакция на тепло положительная, ЭОД – в пределах 85 мкА.

Какой метод лечения из перечисленных ниже целесообразен в данном клиническом случае?

- *резекция
- *апексогенез
- *биологический
- *хирургический
- *апексофикация

17. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 4 лет с жалобами на боль в зубе при приеме пищи. При осмотре на дистально-жевательной поверхности 5.4 зуба кариозная полость с размягченным некродентином, полость зуба открыта, зондирование болезненное, перкуссия безболезненная, по переходной складке в области корней свищ с серозным отделяемым. На рентгенограмме в области верхушки дистального корня незначительное разрежение костной ткани. Индекс КПУ+кп.=10.

Какой метод лечения из перечисленных ниже целесообразен в данной клинической задаче?

- *удаление зуба
- *консервативный
- *витальная пульпотомия
- *витальная пульпэктомия
- *девитальная пульпотомия

18. Мама с ребенком 5,5 лет обратилась в детскую стоматологическую клинику с жалобами на острую боль в зубах справа, ребенок не может указать больной зуб. При осмотре на жевательной поверхности 8.4 зуба глубокая кариозная полость с размягченным некродентином, при удалении которого легко вскрылась полость

зуба с выделением гнойного экссудата, зондирование болезненное, перкуссия болезненная, слизистая вокруг зуба гиперемирована. Индекс кп=2.

Какой метод лечения из перечисленных ниже целесообразен в данной клинической картине?

- *электрофорез
- *депофорез
- *девитальная ампутация
- *витальная пульпотомия
- *витальная пульпэктомия

19. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 9-ти лет с жалобами на самопроизвольные приступообразные боли в зубе, усиливающиеся при приеме пищи. При осмотре: на дистально-апроксимальной поверхности 2.6 зуба глубокая кариозная полость с размягченным дентином, при удалении которого обнаружена вскрытая полость зуба, зондирование болезненное, перкуссия безболезненная, реакция на холод – медленно проходящая боль.

Какой метод лечения из перечисленных ниже целесообразен в данном случае?

- *апексогенез
- *хирургический
- *апексификация
- *консервативный
- *эндодонтический

20. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 8,5 лет с жалобами на самопроизвольные боли, усиливающиеся при приеме пищи. На жевательной поверхности 1.6 зуба глубокая кариозная полость с пигментированным дентином, после удаления которого вскрыта полость зуба, зондирование болезненное, перкуссия безболезненная. Индекс КПУ+кп=2.

Какой метод лечения из перечисленных ниже наиболее вероятен?

- *экстирпация
- *девитальная ампутация

- *витальная пульпэктомия
- *цервикальная ампутация
- *девитальная пульпотомия

21. Мама привела ребенка 9-ти лет с жалобами на боли в зубе на нижней челюсти справа при приеме пищи. При осмотре на дистально-жевательной поверхности 7.4 зуба имеется кариозная полость с размягченным дентином, полость зуба вскрыта, зондирование болезненное. На рентгенограмме резорбция корней на более $\frac{1}{2}$ длины корня.

Какой метод лечения из перечисленных ниже целесообразен в данном клиническом случае?

- *удаление зуба
- *метод апексогенеза
- *метод апексофикации
- *метод латеральной конденсации
- *метод вертикальной конденсации

22. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 3-х лет с жалобами на острую боль в зубе на верхней челюсти справа, ребенок не может указать больной зуб. При осмотре на жевательной поверхности 7.4 зуба имеется глубокая кариозная полость с размягченным дентином, при экскавации которого легко вскрылась полость зуба с выделением гнойного экссудата, зондирование болезненное, перкуссия сравнительная. Индекс кп=2.

Какой материал для obturationi корневого канала из перечисленных ниже целесообразен в данной клинической ситуации?

- *цинк-эвгеноловая паста
- *компомер
- *эндодент
- *цемент
- *СИЦ

23. На прием пришли мама с ребенком 5 лет с жалобами на неприятные ощущения в зубе на нижней челюсти справа при приеме горячей пищи. При осмотре зуб 8.4 изменен в цвете, в кариозной

полости – остатки пищи, при зондировании – болезненность в устьях корневых каналов. На прицельной рентгенографии – разрезание костной ткани в области бифуркации корней.

Какой метод лечения из перечисленных наиболее целесообразен?

- *экстирпация пульпы
- *витальная пульпотомия
- *девитальная ампутация
- *витальная пульпэктомия
- *сохранение жизнеспособности пульпы

24. К детскому стоматологу обратилась мама с ребенком 7-ми лет с жалобами на неприятный запах изо рта, изменение цвета зуба у ребенка на верхней челюсти справа. При осмотре: 5.4 зуб изменен в цвете, на жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, заполненная серо-грязной массой с резким запахом, зондирование болезненно в устьях корневых каналов, перкуссия безболезненна.

Какая тактика лечения из перечисленных ниже наиболее целесообразна?

- *биологическая
- *витальная пульпотомия
- *витальная пульпэктомия
- *девитальная пульпотомия
- *девитальная пульпэктомия

25. Во время профилактического осмотра у ребенка 13-ти лет выявлена на жевательной поверхности 3.7 зуба глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование болезненное в устьях корневых каналов, реакция на тепло положительная, ЭОД – 90 мА.

Какой метод лечения из перечисленных ниже наиболее вероятен?

- *резекция
- *апексогенез
- *биологический
- *хирургический
- *апексофикация

26. Родители привели ребенка 4-х лет в детскую стоматологическую поликлинику с целью санации. При осмотре: на дистально-апроксимальной поверхности 8.5 зуба имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненное в устьях корневых каналов, перкуссия безболезненная, реакция на тепло положительная.

Каким силером из перечисленных ниже наиболее целесообразно obturировать корневые каналы?

- *дайкал
- *пульпотек
- *кальцимол
- *эндометазоновая паста
- *цинк-эвгеноловая паста

27. Мама с ребенком 8-ми лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику с жалобами на боли в зубе верхней челюсти слева при приеме горячей пищи, на чувство распирания в зубе. При осмотре: 2.6 зуб изменен в цвете, глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Определяется запах, пульпа серо-грязного цвета, зондирование болезненно в устьях корневых каналов.

Какой метод лечения из перечисленных ниже наиболее целесообразен?

- *апексогенез
- *апексофиксация
- *консервативное лечение
- *девитальная пульпотомия
- *девитальная пульпэктомия

28. Мама с ребенком 9-ти лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику с жалобами на боли в зубе нижней челюсти справа при приеме горячей пищи, на чувство распирания в зубе. При осмотре: 4.6 зуб изменен в цвете, глубокая кариозная полость заполнена остатками пищи, имеется сообщение с полостью зуба. Определяется запах, пульпа серо-грязного цвета, зондирование болезненно в устьях корневых каналов.

Какой материал из перечисленных ниже целесообразен в качестве временной obtурации корневых каналов?

- *резорцин-формалиновая паста
- *эндометазон
- *кальцикур
- *эндофил
- *иодент

29. Мама с ребенком 5-ти лет обратилась в клинику с жалобами на самопроизвольные боли в зубе. Ранее таких болей не наблюдалось. На жевательной поверхности 8.4 зуба – кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным дентином, зондирование болезненное по дну, перкуссия безболезненная, слизистая оболочка вокруг зуба без изменений. Индекс кп=2.

Какой метод лечения из перечисленных целесообразен в данной клинической задаче?

- *электрофорез
- *хирургический
- *биологический
- *витальная экстирпация
- *девитальная экстирпация

30. В клинику детской стоматологии обратилась мама с ребенком 2 лет с жалобами на боль в верхнем зубе. При осмотре полости рта: слизистая десны в области 5.1, 6.1 зубов гиперемирована, отечна, 5.1 зуб подвижен. На медиально-апроксимальной поверхности 5.1 зуба глубокая кариозная полость, заполненная размягченным некродентином, при экскавации выявлена некротизированная пульпа, получен гнойный экссудат. Ребенок почувствовал облегчение.

Каков предварительный диагноз в данной клинической ситуации?

- *острый гнойный пульпит
- *острый частичный пульпит
- *острый гнойный периодонтит
- *острый серозный периодонтит
- *обострение хронического пульпита

31. Во время профилактического осмотра у ребенка 10-ти лет на жевательной поверхности 5.4 зуба имеется пломба из стекло иономерного цемента, краевое прилегание пломбы нарушено, зуб в цвете изменен, слегка подвижен, в проекции корней имеется свищ с выбухающими грануляциями. Индекс кп+КПУ = 6.

Какая тактика лечения наиболее целесообразна?

- *удаление зуба
- *физиотерапия
- *ирригация канала
- *обтурация канала
- *композитная пломба

32. Ребенок 12-ти лет обратился с жалобами на ноющую постоянную боль в зубе на нижней челюсти слева, невозможность накусить на данный зуб. Из анамнеза заболевания: со слов мамы, ранее данный зуб лечили по поводу осложненного кариеса, но пломба выпала месяц назад. При осмотре на медиально-жевательной поверхности 3.6 зуба – глубокая кариозная полость, выполненная остатками пищи, размягченным некродентином, зондирование безболезненное, перкуссия резко положительная, слизистая десны в проекции верхушек корней гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Индекс КПУ=5.

Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

- *обострение хронического периодонтита
- *обострение хронического пульпита
- *острый серозный периодонтит
- *острый серозный пульпит
- *острый гнойный пульпит

33. Во время профилактического осмотра у ребенка 7-ми лет выявлено: 7.5 зуб изменен в цвете, на жевательной поверхности – пломба химического отверждения, краевое прилегание пломбы нарушено, зондирование/перкуссия безболезненны, на десне в области проекции верхушек корней – свищ с выбухающими грануляциями.

Какова нозология в данной клинической ситуации?

- *хронический гранулематозный периодонтит
- *хронический гранулирующий периодонтит

- *хронический гипертрофический пульпит
- *хронический фиброзный периодонтит
- *хронический простой пульпит

34. В детскую стоматологическую клинику обратились родители с ребенком 11-ти лет с жалобами на постоянную ноющую боль в зубе на верхней челюсти справа, усиливающуюся при накусывании. Из анамнеза заболевания, две недели назад была наложена девитализирующая паста на 1.6 зуб на 10 дней, в указанный срок к врачу не явились. При осмотре 1.6 зуб под временной пломбой, перкуссия резко болезненная, десна в области зуба гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации.

Какой предварительный диагноз из перечисленных ниже наиболее вероятен?

- *острый медикаментозный периодонтит
- *обострение хронического периодонтита
- *острый травматический периодонтит
- *острый инфекционный периодонтит
- *обострение хронического пульпита

35. Во время профилактического осмотра у подростка 14 лет в 3.6 зубе была обнаружена большая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование/перкуссия безболезненны, слизистая по переходной складке без изменений. На рентгенограмме в области верхушки дистального корня 3.6 зуба разрежение костной ткани с четкими границами.

Какова нозология в данной клинической ситуации?

- *хронический гранулематозный периодонтит
- *хронический фиброзный периодонтит
- *хронический гранулирующий периодонтит
- *хронический гангренозный пульпит
- *хронический фиброзный пульпит

36. Во время профилактического осмотра на стоматологическом приеме у подростка 15 лет в 3.6 зубе обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полость зуба, зондирование и перкуссия безболезненны, реакция на холод отсутствует, слизи-

стая по переходной складке без изменений. На R-грамме: в области верхушки дистального корня зуба – деструкция костной ткани округлой формы с четкими границами.

Какой диагноз из перечисленных хронических заболеваний наиболее вероятен?

- *гранулематозный периодонтит
- *гранулирующий периодонтит
- *фиброзный периодонтит
- *гангренозный пульпит
- *фиброзный пульпит

37. Мама с ребенком 5-ти лет обратилась к детскому стоматологу с целью санации. При осмотре 5.4 зуб изменен в цвете, на дистально-жевательной поверхности – глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, безболезненное, перкуссия безболезненная. Индекс кп = 6. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани в виде расширения периодонтальной щели у верхушек корней.

Какое из перечисленных хронических заболеваний наиболее вероятно?

- *простой пульпит
- *гангренозный пульпит
- *фиброзный периодонтит
- *гранулирующий периодонтит
- *гранулематозный периодонтит

38. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 6-ти лет с целью санации. Со слов мамы, ребенок ранее периодически жаловался на боль в зубе, которая самостоятельно прошла, и к врачу не обращались. При осмотре: на жевательной поверхности зуба 7.4 кариозная полость с плотным пигментированным дентином, зондирование безболезненное, болевая реакция на температурные раздражители отсутствует, перкуссия сравнительная.

С каким из перечисленных заболеваний целесообразно провести дифференциальную диагностику?

- *средний кариес
- *острый общий пульпит
- *острый гнойный периодонтит
- *обострение хронического пульпита
- *обострение хронического периодонтита

39. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 11 лет с жалобами на сильную боль в верхнем зубе справа, усиливающуюся даже при легком дотрагивании. При осмотре: на медиально-апроксимальной поверхности 1.2 зуба имеется глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, при экскавации последнего вскрылась полость зуба, появилась капля гноя. Ребенок сразу почувствовал облегчение, уменьшение боли. Индекс КПУ=2.

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

- *обострение хронического периодонтита
- *обострение хронического пульпита
- *острый гнойный периостит
- *острый серозный пульпит
- *острый гнойный периодонтит

40. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 3 лет с жалобами на боли в передних верхних зубах. Из данных анамнеза: накануне вечером ребенок, качаясь на качелях, упал и ударился. При осмотре: отек верхней губы, слизистая десны вокруг зубов 5.1, 6.1 гиперемирована, отечна, зубы подвижны, перкуссия резко болезненная.

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

- *острый гнойный пульпит
- *острый серозный пульпит
- *острый гнойный периодонтит
- *острый травматический периодонтит
- *обострение хронического периодонтита

41. Родители привели в стоматологическую клинику ребенка 6-ти лет с целью санации полости рта. При осмотре: индекс кп+КПУ = 6. В зубе 5.4 – глубокая кариозная полость с разрушенной

пломбой, зуб в цвете изменен, слегка подвижен. По переходной складке в проекции верхушки медиального корня – свищевой ход.

Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

- *обострение хронического пульпита
- *хронический гангренозный пульпит
- *хронический фиброзный периодонтит
- *хронический гранулирующий периодонтит
- *хронический периодонтит в стадии обострения

42. Мама с подростком 15 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянную боль в зубе, усиливающуюся при накусывании, на чувство «выросшего» зуба. При осмотре: на жевательной поверхности 2.5 зуба – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование безболезненное, перкуссия резко болезненная, подвижность 2.5 зуба I степени. На рентгенограмме: деструкция костной ткани в области проекции верхушки округлой формы.

Какой метод физиотерапии наиболее целесообразен в данной клинической ситуации?

- *криотерапия
- *оксигенотерапия
- *вакуум
- *ультразвуковая терапия
- *депофорез с купралом

43. Во время профилактического осмотра у ребенка 8 лет на жевательной поверхности зуба 1.6 была обнаружена глубокая кариозная полость, выполненная остатками пищи, размягченным дентином, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, безболезненное, перкуссия безболезненная, слизистая вокруг зуба без изменений.

Какой метод лечения наиболее целесообразен?

- *девитальная экстирпация
- *витальная пульпотомия
- *цервикальная ампутация
- *апексофикация
- *биологический метод

44. Во время профилактического осмотра у ребенка 5 лет была обнаружена кариозная полость в зубе 8.5 на жевательной поверхности, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, глубокое зондирование вызвало резкую болезненность, перкуссия безболезненная, на холодовой раздражитель реакция отсутствует, на тепло – медленно проходящая боль.

Какой метод лечения наиболее целесообразен?

- *витальная пульпотомия
- *витальная пульпэктомия
- *биологический метод
- *апексофикация
- *девальная ампутация

45. Ребенок 8 лет жалуется на наличие кариозной полости. При объективном обследовании: лицо симметричное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное. В полости рта: на жевательной поверхности зуба 4.6 – глубокая кариозная полость, заполненная остатками пищи, размягченным некродендином, при зондировании имеется сообщение в одной точке, резко болезненное, перкуссия безболезненная, на холод – медленно проходящая боль.

Какой метод лечения наиболее целесообразен?

- *витальная пульпотомия
- *апексогенез
- *биологический метод
- *апексофикация
- *девальная ампутация

46. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 9 лет с жалобами на потемнение коронки переднего верхнего зуба. Из данных анамнеза: год назад получил травму верхней губы и зубов, за помощью к стоматологу не обращались. При осмотре: зуб 1.1 интактный, изменен в цвете, перкуссия безболезненна, слизистая вокруг зуба без изменений.

Какой из перечисленных заболеваний наиболее вероятен?

- *хронический травматический периодонтит
- *хронический гангренозный пульпит
- *хронический простой пульпит

*хронический периодонтит

*токсический периодонтит

47. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 6 лет с жалобами на острую боль в зубе справа, ребенок не может указать больной зуб. При осмотре на жевательной поверхности 8.5 зуба кариозная полость с размягченным некродентином, при удалении которого легко вскрылась полость зуба с выделением гнойного экссудата, зондирование резко болезненное, перкуссия положительная.

С каким заболеванием из перечисленных, необходимо провести дифференциальную диагностику?

*средний кариес

*хронический пульпит

*острый гнойный пульпит

*острый гнойный периодонтит

*хронический периодонтит

48. Мама с ребенком 6 лет обратилась в детскую стоматологию с целью санации. При осмотре полости рта: на дистально-жевательной поверхности 8.4 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, выполненная размягченным некродентином, зондирование/перкуссия безболезненны, реакция на температурные раздражители отсутствует. На рентгенограмме 8.4 зуба определяется очаг деструкции костной ткани в виде неравномерного расширения периодонтальной щели.

Какова нозология в данной клинической ситуации?

*хронический простой пульпит

*хронический гангренозный пульпит

*хронический фиброзный периодонтит

*хронический гранулирующий периодонтит

*хронический гранулематозный периодонтит

49. Ребенок 5 лет жалуется на постоянную ноющую боль в зубе на нижней челюсти слева, усиливающуюся при накусывании. Из данных анамнеза заболевания: со слов мамы, больной зуб лечили раньше по поводу кариеса. При осмотре на жевательной поверхности 7.5 зуба имеется пломба, краевое прилегание которой

нарушено, зуб изменен в цвете, перкуссия болезненная, по переходной складке в проекции корней имеется свищ с грануляциями.

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

- *токсический периодонтит
- *хронический простой пульпит
- *хронический гангренозный пульпит
- *обострение хронического периодонтита
- *хронический травматический периодонтит

50. В детскую стоматологическую клинику обратилась мама с ребенком 6 лет с целью санации. При осмотре: на дистально-апроксимальной поверхности 7.4 зуба имеется глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование, перкуссия безболезненны, на слизистой десны в проекции верхушки корней зуба имеется свищ.

Какое хроническое заболевание зубов наиболее вероятно?

- * фиброзный пульпит
- * гангренозный пульпит
- * фиброзный периодонтит
- * гранулематозный периодонтит
- * гранулирующий периодонтит

51. Мама с ребенком 4 лет обратилась в детскую стоматологическую клинику с жалобами на ноющую боль в зубе. Со слов мамы, ребенок в течение нескольких дней жалуется на боль в зубе при жевании. Зуб ранее лечен. При осмотре: 8.4 зуб – на жевательной поверхности пломба химического отверждения, краевое прилегание пломбы нарушено, при зондировании имеется сообщение с полостью зуба, безболезненное, перкуссия болезненная, слизистая оболочка вокруг зуба гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена.

Каков предварительный диагноз в данной клинической задаче?

- *острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта
- *обострение хронического периодонтита
- *обострение хронического пульпита
- *острый гнойный периодонтит
- *острый гнойный пульпит

52. Бактерицидное действие антисептика, связанное с образованием хлорной кислоты и выделением свободного хлора?

- *ЭДТА
- *трилон Б
- *крезофен
- *хлорфенол
- *гипохлорит натрия

53. На прием обратилась мама с ребенком 7 лет. Мальчик жалуется на неприятное ощущение в зубе на верхней челюсти слева при приеме горячей пищи. При осмотре: 6.5 зуб изменен в цвете, на дистально-апроксимальной поверхности – глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, пульпа серо-грязного цвета с неприятным запахом, болезненность в устьях корневых каналов, перкуссия сравнительная, реакция на тепло положительная, на холод – отрицательная.

Какой диагноз наиболее вероятен в данной задаче?

- *острый гнойный пульпит
- *острый серозный пульпит
- *острый периодонтит в фазе интоксикации
- *обострение хронического простого пульпита
- *обострение хронического гангренозного пульпита

54. Мама с ребенком 5 лет обратилась в детскую стоматологическую клинику. Со слов мамы, ребенок жалуется на боль в зубе в течение суток. Ранее таких болей не наблюдалось. На жевательной поверхности 8.4 зуба имеется кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным дентином, зондирование болезненно в проекции медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, слизистая оболочка вокруг зуба без изменений. Индекс кп=2.

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

- *острый гнойный пульпит
- *острый серозный пульпит
- *острый гнойный периодонтит
- *острый серозный периодонтит
- *обострение хронического пульпита

55. В детскую стоматологическую клинику обратился подросток 14 лет с целью санации. При осмотре на жевательной поверхности 1.7 зуба обнаружена глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование болезненно, перкуссия безболезненна, реакция на холод – медленно проходящая боль.

С каким заболеванием из перечисленных ниже целесообразно провести дифференциальную диагностику?

- *острый гнойный пульпит
- *обострение хронического пульпита
- *хронический гангренозный пульпит
- *обострение хронического периодонтита
- *хронический гипертрофический пульпит.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1	4	13	5	25	5	37	3	49	4
2	3	14	3	26	5	38	1	50	5
3	3	15	5	27	2	39	5	51	2
4	4	16	5	28	3	40	4	52	5
5	1	17	4	29	3	41	4	53	5
6	3	18	5	30	3	42	5	54	2
7	1	19	1	31	1	43	4	55	3
8	3	20	4	32	1	44	2		
9	4	21	1	33	3	45	2		
10	4	22	1	34	1	46	1		
11	1	23	4	35	1	47	4		
12	5	24	3	36	1	48	3		

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лекции по стоматологии детского возраста: учебное пособие. Т. 1 / Под ред. Т.К. Супиева. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Алматы: «Тау-Самал», 2013. – 436 с.
2. Супиев Т.К., Юй Р.И. Морфофункциональные особенности челюстно-лицевой области у детей и подростков: учебное пособие. – Алматы, 2013. – 136 с.
3. Пропедевтическая стоматология: Учебник / Под ред. профессора Базикяна Э.А., проф. Янушевича О.О. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 631 с.
4. Эффективная эндодонтия: Учебник / Под ред. Антанян А.А. – М.: Медицинское информационное агентство, 2020. – 232 с.
5. Терапевтическая стоматология: Учебник. – 3 издание, переработанное и дополненное / Под ред. Янушевич О.О., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 768 с.
6. Эндодонтическое лечение: Методология и технология: Учебное пособие / Под ред. Кузьмина Д.А. – М.: Спец. лит., Санкт-Петербург, 2019. – 285 с.
7. Стоматология. Введение в Эндодонтию: Учебное пособие / Под ред. Севбитов А.В. – М.: Феникс, 2015. – 107 с.
8. Детская терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Корнева-Леонтьева Е.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 952 с.
9. Стоматология детская: Учебник для дополнительного последипломного образования. – 3-е издание / Зеленский В.А. – М.: Специальное издательство медицинских книг, 2023. – 688 с.
10. Виды анестезии и неотложные состояния в детской стоматологии: Учебное пособие / Под ред. Рабинович С.А., Колесников А.Н. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 144 с.
11. Пульпиты временных и постоянных несформированных зубов: Учебное пособие / Мамедова Ад.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 112 с.
12. Стоматология детского возраста: Учебник в трех частях. Ч. 1 Терапия / Елизарова В.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 480 с.
13. Лечение осложнений кариеса временных зубов у детей: Учебник с иллюстрациями / сост.: Гажва С.И. – НГМА, Россия, 2015. – 308 с.
14. Проблемы эндодонтии. Профилактика, выявление и устранение: Учебник / сост.: Хелюсманн М., Шефер Э. – М.: Издательский дом Азбука, 2009. – 586 с.
15. Эндодонтология. Клинико-биологические аспекты: Учебник / сост.: Доменико Рикуччи, Жозе Сикейра. – М.: Издательский дом Азбука, 2015. – 428 с.

16. Терапевтическая стоматология: Национальное руководство. – 2-е Издание, переработанное и дополненное. / Под ред. Дмитриевой Л.А., Максимовского Ю.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 910 с.
17. Стоматология: Учебник / Под ред. В.Н. Трезубова и С.Д. Арутюнова. – М.: Медицинская книга, 2014.
18. Пропедевтика стоматологических заболеваний: Учебник / Под ред. Разумовой С.Н., Лебеденко И.Ю., Иванова С.Ю. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 355 с.
19. Стоматология детей и подростков. Детское издание / сост.: Джеффри А.Дин – Медицинское информационное агентство, 2021. – 683 с.
20. Клиническая стоматология. Оксфордский справочник / Под ред. Бетани Рацворт, Анастасиоса Канатаса – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 117 с.
21. Общее обезболивание в стоматологии: Практическое пособие для студентов 3–5 курсов стоматологического факультета и врачей-стоматологов факультета повышения квалификации / сост.: Богданов А.Б., Алехова Т.М., Хоровский О.Е. – СПб: издательство СПбГМУ, 2017.
22. Эндодонтия: Учебник / сост.: Кеннет М. Харгривз, Луис Г. Берман – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1024 с.
23. Топографо-анатомические основы проведения местных анестезий в челюстно-лицевой области / сост.: Ламден Д.К., Галецкий Д.В. – СПб: издательство СПбГМУ, 2011.
24. Лучевая диагностика в стоматологии – 2D/3D / сост.: Рогацкин Д.В. – М.: Плюс Аркомм, 2023. – 397 с.
25. Терапевтическая стоматология: Учебник/ сост.: Трунин Д.А., Постников М.А., Чигарина С.Е. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 920 с.
26. Синдромальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области: Учебное пособие для семейного врача, врача общей практики и врачей-стоматологов / сост.: Соловьев М.М., Алехова Т.М., Иванова Е.А. – СПб: издательство СПбГМУ, 2009.
27. Двигательная дисфункция нижней челюсти: Руководство для врачей / сост.: Самедов Т.И., Иванов Ю.В. – СПб: СпецЛит, 2008.
28. Детская стоматология: Сборник тестовых заданий и клинических ситуационных задач: Учебное пособие / Под ред. Кисельниковой Л., Страховой С.Ю., Зуевой Т.У. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 376 с.
29. Терапевтическая стоматология: Учебник в 3 частях. Часть 1. Болезни зубов / сост.: Семенов Г.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 208 с.
30. Детская стоматология: Учебник для Вузов / Под ред. Янушевич О.О., Кисельникова Л.П., Топольницкий О.З. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 744 с.

31. Диагностика заболеваний лимфатических узлов челюстно-лицевой области и шеи: Методическое пособие для студентов 3–4 курсов стоматологического и лечебного факультета и врачей / сост.: Петров Н.Л., Яременко А.И., Добромыслова Н.А. – СПб: издательство СПбГМУ, 2009.
32. Неотложная помощь в амбулаторной стоматологической практике. Практическое пособие для врачей-стоматологов факультета повышения квалификации, клинических ординаторов, интернов и студентов 4–5 курсов стоматологического факультета / сост.: Богданов А.Б., Корячкин В.А., Алехова Т.М. – СПб: издательство СПбГМУ, 2010.
33. Детская терапевтическая стоматология [Текст]: Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН В.К. Леонтьева, проф. Л.П. Кисельниковой. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010. – 896 с.
34. Стоматология детского возраста: учебник в 3 ч. – 2-е изд., перераб. и доп. / В.М. Елизарова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Ч.II. Хирургия. – 300 с.
35. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Под ред. Л.В. Харькова. – М.: «Книга плюс». 2015 – 580 с.
36. Ральф Е. Мак-Дональд, Дэвид Р. Эйвери: перевод с английского проф.Т.Ф. Виноградовой. Стоматология детей и подростков / МИА. – М., 2003.
37. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – М.: Медпрес, 2011. – 160 с.
38. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста. – Киев: Книга-плюс, 2009. – 815 с.
39. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов / Под ред. О.З. Топольницкого и др. – М.: ГЭОТАР-медиа. 2011. – 192 с.
40. Топольницкий О.З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / О.З. Топольницкий, А.Ю. Васильев – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011. – 264 с.
41. Пропедевтическая стоматология: учеб. для студентов, обучающихся по специальности 060201.65 «Стоматология» / под. ред. Э.А. Базикяна, О.О. Янушевича. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2012. – 640 с.: ил.
42. Сущенко А.В., Алферова Е.А., Красникова О.П., Олейник О.И., Вусатая Е.В. Общее обезбоживание как метод выбора анестезии при полной санации полости рта // Молодой ученый. – 2016. – № 3. – С. 308-310.

43. Al-Haroni, M.; Skaug, N.; Bakken, V. & Cash, P. Proteomic analysis of ampicillin-resistant oral *Fusobacteriumnucleatum*. *Oral Microbiol.Immunol.*, 23:36-42, 2009.
44. Baltensperger, M.; Grätz, K.; Bruder, E.; Lebeda, R.; Makek, M. & Ey- rich, G. Is primary chronic osteomyelitis a uniform disease? Proposal of a clas- sification based on a retrospective analysis of patients treated in the past 30 years. *J. CranioMaxillofac. Surg.*, 32:43-50, 2014.
45. Betts, N. J.; Abaza, N. A. & Kazemi, A. An expansile bony lesion of the posterior mandible in a 12, yearold girl. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 54:203-9, 2010.
46. Brady, B. A.; Leid, J. G.; Costerton, J. W. & Shirtliff, M. E. Osteomyeli- tis: clinical overview and mechanisms of infection persistence. *Clin.Microbiol. Newsletter*, 28:65-72, 2016.
47. Brook, I. Actinomycosis: diagnosis and management. *Southern Med. J.*, 101:1019-23, 2008a. Brook, I. Anaerobic osteomyelitis in children. *Pediatr. Infect. Dis.*, 5:550-6, 2008.
48. Aggarwai V., Miglant S., Singla M. Conventional apexification and re- vascularization maturogenesis of two non vital, imature teeth in same patient: 24 months follow up of case// *J.Conserv.Dent* 2012.Vol.15. №1. P.68-72.
49. Al-Hezaimi K., Salameh Z., Al-Fouzan K. et al. Histomorphometric and micro-computed tomography analysis of pulpal response to three different pulp capping materials // *J.Endod.* 2011. Vol. 37. P. 507.
50. American Association of Endodontists: Glossary of endodontic terms. 8th ed. Chicago, 2012.
51. Accortinte M.L.R., Loguercio A.D., Reis A et al. Evaluation of two min- eral trioxide aggregate compounds as pulp-capping agents in human teeth // *Int.Endod.J.*2009. Vol.42. P. 122.
52. Aeinehchi M., Eslami B., Ghanberiha M. et al. Mineral trioxide agre- gate (MTA) and calcium hydroxide as pulp – cappingagents in numan teeth: a preliminary report // *Int. Endod. G.*2003. Vol. 36. P.225.
53. American Academy of Pediatric Dentistry, Clinical Affairs Committee, Pulp Therapy Subcommittee: Guideline on pulp therapy for primary and im- mature permanent teeth: reference manual 2012-13//*Pediatr.Dent.* 2012.Vol. 34.P.222.
54. Brook, I. Microbiology and management of joint and bone infections due to anaerobic bacteria. *J.Orthop. Sci.*, 13:160-9, 2008.
55. Gaetti-Jardim, E. Jr.; Landucci, L. F.; Lins, S. A.; Vieira, E. M. & Oliveira, S. R. Susceptibility of strict and facultative anaerobes isolated from endodontic infection to metronidazole and beta-lactams. *J.Appl. Oral Sci.*, 15: 539-45, 2010.

Научное издание

Гульшахар Абдикалбаровна КАРКИМБАЕВА

**СБОРНИК
СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОДОНТИИ
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
С ТЕСТОВЫМИ ЗАДАНИЯМИ**

Учебное пособие

Редактор *Гулмира Сейтханкызы*
Компьютерная верстка и дизайн обложки *Акикат Акылова*

ИБ № 15448

Подписано в печать 28.07.2024. Формат 60x84/16.

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Объем 9,6 п.л. Тираж 40 экз. Заказ №11249.

Издательский дом «Қазақ университеті»

Казахского национального университета им. аль-Фараби.

050040, г. Алматы, пр. аль-Фараби, 71. КазНУ.

Отпечатано в типографии издательского дома «Қазақ университеті»

ISBN 978-601-04-6718-7



9 786010 467187