

Если причиной периапикального воспаления является некроз пульпы, то лечение следует начинать с корневого канала, как описано в предыдущих разделах Гиперокклюзия. При нормальном состоянии пульпы или обратимом пульпите и нахождении зубов в состоянии гиперокклюзии пришлифовывание должно приносить почти немедленное облегчение. Если после проведения адекватного устранения гиперокклюзии симптоматика не уменьшается, следует искать другую причину дискомфорта.

Обычно такой причиной являются трещина зуба, необратимый пульпит или некроз пульпы Бруксизм. Если причиной острого апикального периодонтита является бруксизм, показано устранение причин последнего.

Острый апикальный абсцесс

Острый апикальный абсцесс — это болезненное состояние периапикальной ткани, являющееся следствием некроза пульпы. Оно, в общем, определяется как острое воспаление периапикальной ткани с локальным скоплением гноя в апикальной части периодонта. Лечение должно быть начато немедленно для предупреждения распространения инфекционного процесса и облегчения страданий пациента. Пациенты с острым апикальным абсцессом обычно указывают на предшествующие приступы боли, связанные с необратимым пульпитом или некрозом пульпы. Из-за тяжести воспалительного процесса и стремительности его развития пациент обычно быстро обращается за помощью. Субъективные симптомы подобны таковым при остром апикальном периодонтите и могут включать острую спонтанную боль и чувствительность при перкуссии и накусывании. Кроме того, при прогрессировании процесса появляются припухлость, подвижность зуба и лихорадка. Подозрительный зуб также может находиться в состоянии гиперокклюзии в результате увеличения давления в области верхушки. При остром апикальном абсцессе зуб часто очень чувствителен к перкуссии, подвижен и ослаблен. Объемно имеет место интраоральная или экстраоральная припухлость.

Такие зубы, как правильно, не отвечают на электрический и термический тесты. Изменения на рентгенограмме выявляются не всегда. Нужно подчеркнуть, что каким бы не был заключительный диагноз, первичной целью объективного клинического обследования является определение возможной причины текущего состояния

Некроз пульпы/Острый апикальный периодонтит

Автор: Administrator

12.03.2010 13:40 - Обновлено 24.07.2010 16:59

пульпы/верхушечного периодонта. Диагнозом, основанным на указанных (ответных) реакциях, будет острый апикальный абсцесс с некрозом пульпы. Другим диагнозом может быть острый апикальный периодонтит. Если есть признаки жизнеспособности пульпы, врач должен обязательно вновь проанализировать полученную диагностическую информацию и усомниться в наличии татерального периодонтального абсцесса. Также должен быть пересмотрен и медицинский анамнез на наличие в прошлом злокачественных образований или других состояний, которые могут объяснить противоречивость полученных данных. Не следует начинать лечения, пока причина несоответствия не будет найдена (эта ситуация подходит для проведения полостного теста). Терапия должна проводиться, как указано в разделе по некрозу пульпы. Хотя применение антибиотиков при вскрытии пульпы обычно не рекомендуется, острый апикальный абсцесс требует препарирования канала, болеутоляющей терапии и назначения антибиотиков. Может быть необходимым вскрытие и дренирование абсцесса. Спонтанное дренирование может возникнуть после подготовки доступа. В этом случае зуб нужно лечить, как описано в разделе по некрозу пульпы.

Для более детальной информации по применению антибактериальной терапии и хирургического лечения инфекций. Продолжающаяся боль и припухлость являются обычными послеоперационными проблемами после лечения острого апикального абсцесса. До начала уменьшения боли проходит несколько дней. Если припухлость увеличивается, следует произвести вскрытие и дренирование с посевами на чувствительность к антибиотикам.

Хронический апикальный периодонтит

Хронический апикальный периодонтит является результатом длительного воспаления, при котором разрушается кортикальная пластинка, так что поражение периапикальных тканей становится видимым рентгенологически. При гистологическом исследовании вокруг апекса содержится грануляционная ткань, состоящая из фибробластов и коллагена, с макрофагальной и лейкоцитарной инфильтрацией. Некроз пульпы и другие состояния, такие как центральная гигантоклеточная гранулема и гиперцементоз, могут сводить к минимуму рентгенологические проявления хронического апикального периодонтита. Из-за бессимптомного течения большинства таких повреждений пациент часто не подозревает о существовании проблемы. Однако процесс может периодически обостряться.

Субъективные симптомы выражаются в легком повышении чувствительности при

перкуссии и накусывании. Клинические особенности Тщательное объективное клиническое обследование проводится для исключения неodontогенных причин и дальнейшего обоснования субъективных симптомов, полученных при сборе анамнеза. В табл. 2-16 перечислены тесты и обычные ожидаемые результаты при хроническом апикальном периодонтите. Для постановки правильного диагноза обязательно должны проводиться соответствующие тесты на жизнеспособность пульпы.

Диагноз, основанный на указанных ответах, — хронический апикальный периодонтит вследствие некроза пульпы. Дифференциальный диагноз должен включать обострение хронического апикального периодонтита, центральную гигантную клеточную гранулему, травматическую кисту кости, периапикальную цементную дисплазию или другие неodontогенные причины. Появление признаков жизнеспособности пульпы должно насторожить врача. В этом случае он должен пересмотреть диагноз, подумать о наличии латерального периодонтального абсцесса или периапикальной цементной дисплазии, особенно при вовлечении в процесс передних зубов нижней челюсти. Также должен быть пересмотрен медицинский анамнез на наличие в прошлом злокачественных образований или таких состояний, как гиперпаратиреоз, которые могут объяснить противоречивость полученных данных. Не следует начинать лечения, пока причина несоответствия не будет найдена. Терапия должна проводиться, как указано в разделе по некрозу пульпы. Очистка канала должна проводиться максимально тщательно. Антибиотики обычно не назначаются. Вероятные осложнения после проведения лечения — боль и припухлость. Пациент должен быть готов к дискомфорту в течение нескольких дней, особенно если до начала лечения течение процесса было бессимптомным. По возможности, рекомендуется проведение премедикации нестероидными противовоспалительными препаратами (ибупрофен). При наличии свищевого хода возможность обострения после лечения значительно снижается