

ходимо назначить клинический анализ крови с определением лейкоцитарной формулы.

Sonis S. T. et al. Principles and Practice of Oral Medicine, 2nd ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1995, pp. 262–275.

59. Какой вид лейкоемии обычно называют «лейкемией детства»?

Острая лимфоцитарная лейкоемия возникает практически только у детей. Заболевание успешно лечится, коэффициент выживаемости в течение 5 лет составляет 50–70%.

60. Безопасно ли удалять зуб у больного, получающего химиотерапию?

Основной системой, на которую воздействует цитотоксическая химиотерапия является гематопозитическая. У больного, получающего химиотерапию, можно ожидать снижение количества лейкоцитов и тромбоцитов примерно через 7–10 дней. Если абсолютное число нейтрофилов (рассчитывается умножением количества лейкоцитов на относительное содержание нейтрофилов и делением на 100) падает ниже 500, считается, что у пациента имеется нейтропения и риск развития инфекционного осложнения. Если количество тромбоцитов падает ниже 50 000, у больного существует риск возникновения кровотечения.

Желательно назначать стоматологические процедуры за две недели до планируемой химиотерапии или после того, как показатели крови начнут восстанавливаться. Что составляет обычно 14 дней для лейкоцитов и 21 день для тромбоцитов. Стоматологическую помощь можно оказывать только после консультации и координации действий с лечащим врачом пациента и после выполнения клинического анализа крови.

61. Какие меры предосторожности следует предпринять при лечении пациента, которому была выполнена трансплантация костного мозга по поводу злокачественного заболевания крови?

Стоматологическую помощь можно оказывать только после консультации с лечащим врачом больного. Как правило, избирательная зубоврачебная помощь откладывается на 6 мес. после выполнения трансплантации. Однако экстренная стоматологическая помощь может оказываться. Если стоматологическое лечение необходимо провести до истечения рекомендуемых 6 мес., нужно выполнить КА К, и если его результаты приемлемы (тромбоциты > 50 000 и нейтрофилы > 500), провести премедикацию с использованием режима профилактики эндокардита.

62. Что нужно делать в том случае, если у пациента увеличены лимфоузлы?

Лимфаденопатия может носить вторичный характер по отношению к инфекции верхних дыхательных путей или быть начальным проявлением злокачественного заболевания. Тщательный сбор анамнеза и клиническое обследование могут определить этиологию лимфаденопатии.

Пациентов с лимфаденопатией и без признаков воспалительного процесса нужно обследовать повторно через две недели, чтобы установить реакцию на терапию. Если воспалительный процесс не выявляется или лимфаденопатия не разрешается, следует провести дополнительное обследование.

	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС	ГРАНУЛЕМАТОЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ/ НЕОПЛАЗИЯ
Начало	Острое	Постепенное увеличение
Боль при пальпации	Болезненные	Неоплазия: бессимптомная Гранулематоз: болезненные
Симметричность	Двусторонняя при системных инфекциях Односторонняя при ограниченных инфекциях	Обычно односторонняя
Консистенция	Плотные, подвижные	Плотные, неподвижные

Из: Sonis S. T. et al. Principles and Practice of Oral Medicine, 2nd ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1995, pp. 269–271, с разрешения.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

63. Какие меры предосторожности нужно предпринять перед началом лечения пациента, находящегося на диализе?

Пациенты обычно получают диализ 3 раза в неделю: в понедельник, среду и пятницу или во вторник, четверг и субботу. Лечение зубов нужно проводить в день между диализами, чтобы избежать кровотечения (больные в дни диализа получают антикоагулянт гепарин). Пациентам с трансплантатами или постоянными катетерами требуется премедикация для предотвращения инфицирования трансплантата или катетера. Пациенты с артериовенозным шунтом в премедикации не нуждаются.

64. Какие изменения вы внесете в дозировку принимаемых через рот антибиотиков у пациента, получающего диализ, при возникновении зубной инфекции?

Пенициллин 500 мг перорально каждые 6 ч; после гемодиализа.
Амоксициллин 500 мг перорально каждые 24 ч; после гемодиализа.
Ампициллин 250 мг – 1 г перорально каждые 12–24 ч; после гемодиализа.
Эритромицин 250 мг перорально каждые 6 ч; необязательно после гемодиализа.
Клиндамицин 300 мг перорально каждые 6 ч; необязательно после гемодиализа.

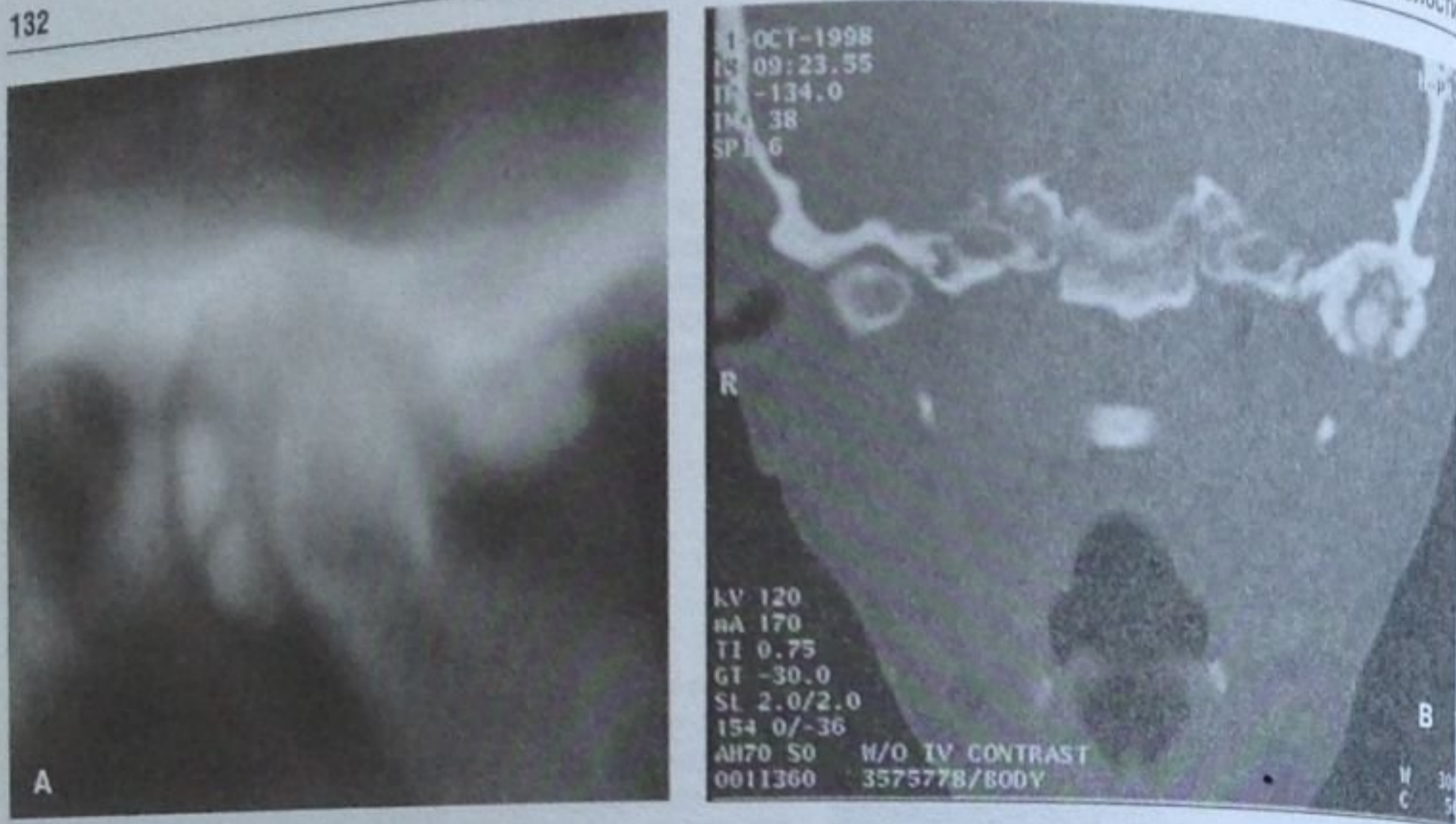
Bennett W. M. et al. Drug Prescribing in Renal Failure, 2nd ed. Philadelphia, American College of Physicians, 1991.

65. Какие регионарные лимфатические узлы чаще всего поражаются на ранней стадии болезни Ходжкина?

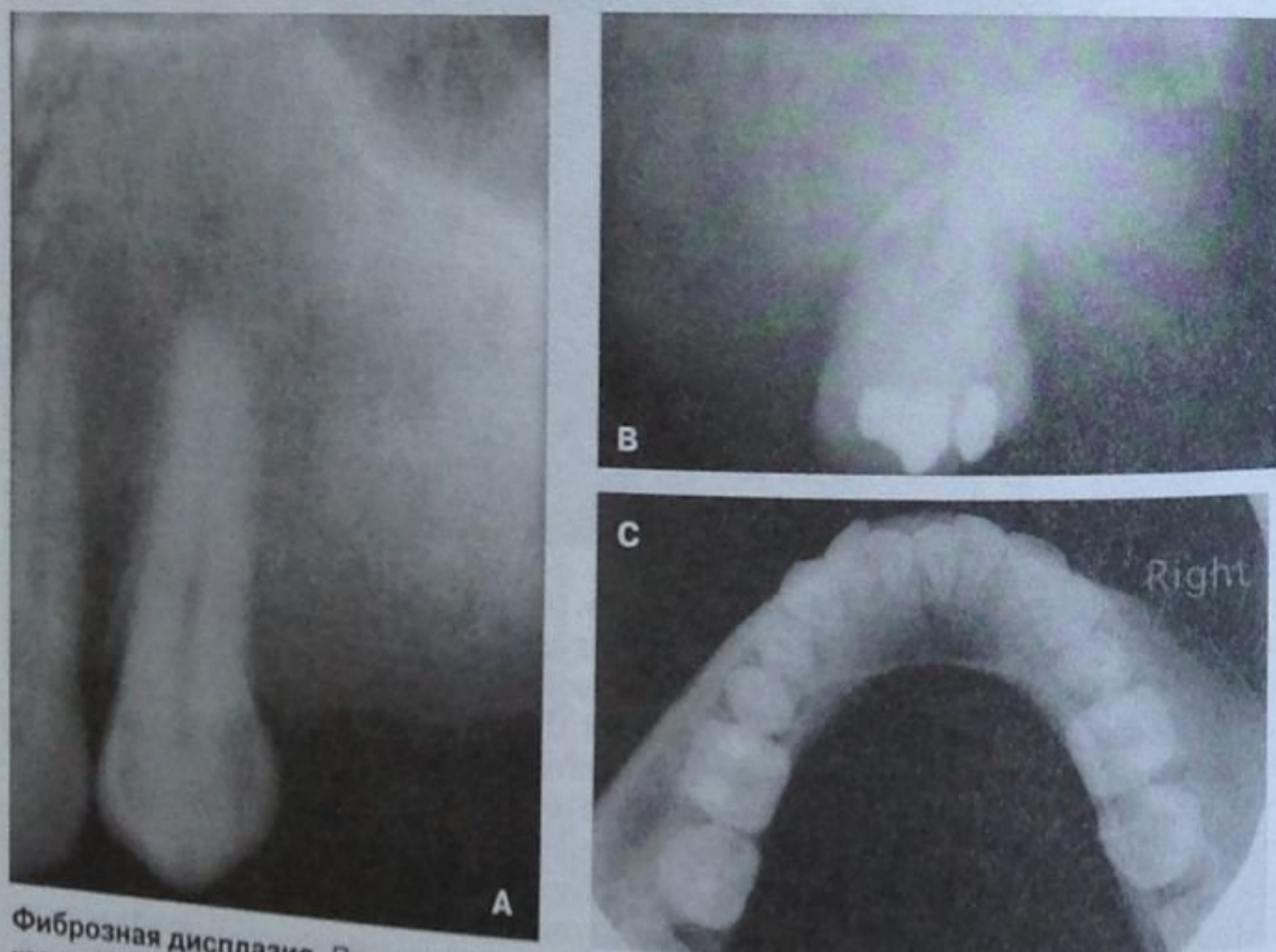
Болезнь Ходжкина обычно затрагивает шейные, подключичные, подмышечные или медиастинальные лимфатические узлы; реже поражаются паховые и абдоминальные лимфатические узлы.

66. Какие обезболивающие препараты можно, не опасаясь, назначать пациентам, находящимся на диализе?

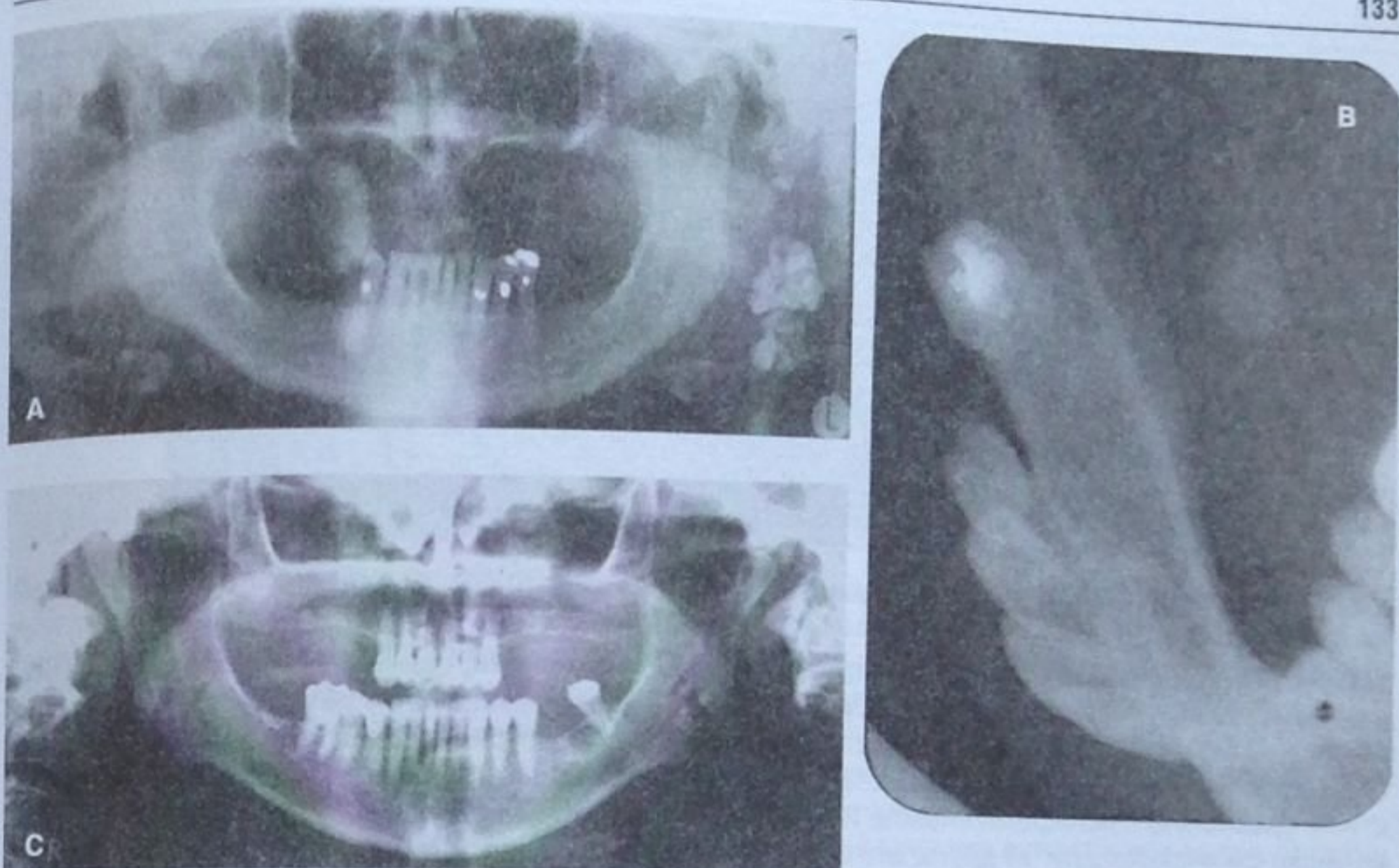
• Кодеин безопасно применять при диализе, но он может вызывать более глубокий седативный эффект. Дозу нужно титровать, начиная с половины нормальной дозы для пациентов на диализе и от половины до процентов обычной дозы для пациентов со значительно сниженной функцией почек.



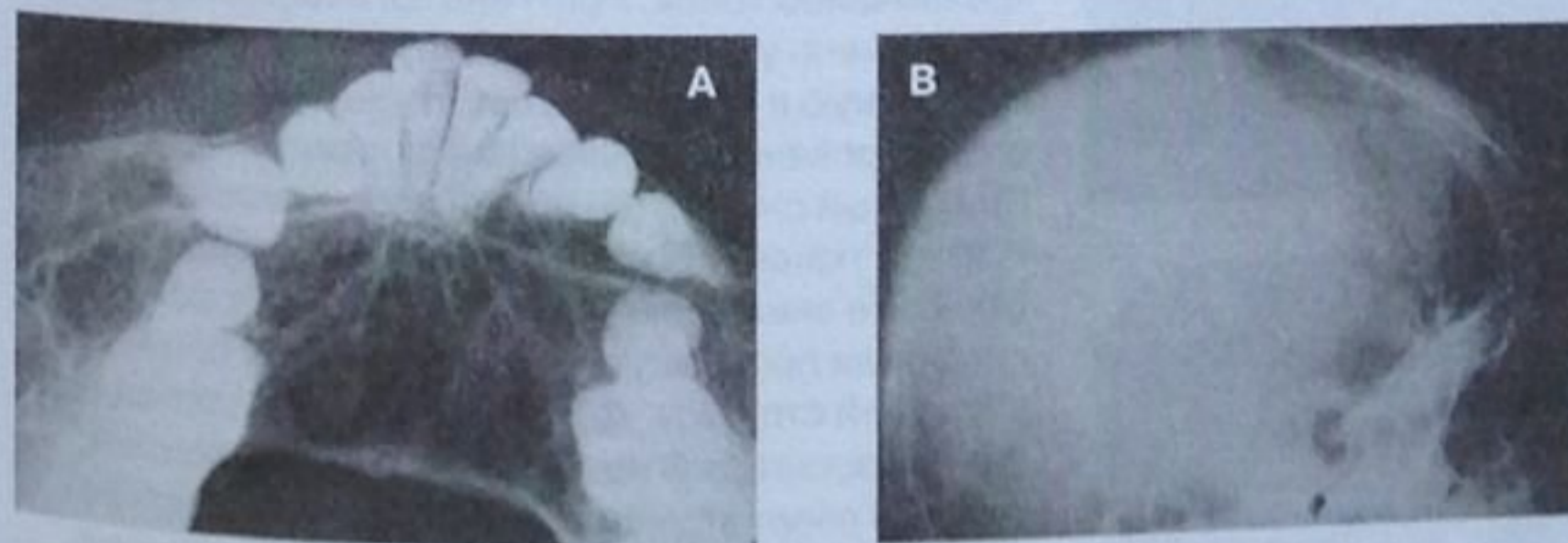
Синовиальный хондроматоз. На приведенной выше сагиттальной томограмме височно-челюстного сустава (А) наиболее примечательно наличие ряда затемнений в области сустава, как спереди, так и сзади мыщелка. Эти затемнения видны и на фронтальной КТ (В). Возникает вопрос: каков дифференциальный диагноз при затемнениях, особенно множественных, внутри мыщелка и вокруг него? Диагноз включает синовиальную хондрометаплазию (остеохондрометаплазию), псевдоподагру (хондрокальциноз), аваскулярный некроз, рассекающий остеохондрит, а также инфективный артрит и дегенеративный артроз.



Фиброзная дисплазия. Периапикальные снимки (А и В) жевательных зубов верхней челюсти показывают отличие качества костной ткани от нормального. Обратите внимание на относительный недостаток костномозгового пространства и зернистость костной ткани. Такая рентгенографическая картина весьма характерна для фиброзной дисплазии. Прикусный снимок (С) другого пациента показывает пролиферацию ткани нижней челюсти справа в щечном направлении и зернистость костной ткани в этой области. Как правило, дифференциальный диагноз в подобных случаях включает фиброзную дисплазию, болезнь Педжета, хронический склерозирующий остеомиелит и энтоз/уплотнение костной ткани.



Кальцификация лимфатического узла. Панорамный снимок (А) показывает множественные дискретные области рентгеноконтрастности в мягких тканях позади вертикальной ветви. Области рентгеноконтрастности в челюстях и вокруг них относятся к следующим категориям: зубы, кальцификации, костная ткань и инородные тела. Каждая из этих категорий, особенно категория кальцификации, содержит в себе множество позиций. К наиболее распространенным случаям кальцификации, однако, относится сравнительно небольшой перечень явлений — это сиалолиты, кальцификация лимфатического узла, тонзиллолиты, флеболиты, угревые рубцы, паразитические личинки (например, цистицеркоз), остеома кожи, инъекционные гранулемы (например, вследствие инъекций золота при артрите), псевдоподагра, повышенная секреция гормона околощитовидной железы, CREST-синдром и синдром Элерса-Данлоса. Данный случай представляет собой кальцификацию лимфатического узла. Стоматолог должен уметь отличать кальцификацию лимфатического узла от сиалолитов. Классическая кальцификация лимфатического узла имеет вид «цветной капусты» (как на снимке А). Сиалолиты, наоборот, выглядят как более или менее одинаковые рентгеноконтрастные области с ровными границами (В). В поднижнечелюстной железе или протоке сиалолиты располагаются лингвально по отношению к челюсти. Другим часто встречающимся видом кальцификации (С), перекрывающей левую вертикальную ветвь, является тонзиллолит.



Талассемия. Прикусный снимок (А) показывает заметное отклонение структуры костной ткани от нормы. Трабекулы крупнее и грубее, костномозговое пространство увеличено. Челюсть заметно расширена. Рентгенологическая картина соответствует тому случаю, когда организм пытается увеличить количество костного мозга с тем, чтобы повысить выработку эритроцитов. Хотя такие рентгенологические признаки могут быть вызваны целым рядом заболеваний, например серповидноклеточной или иной анемией, изменения, как правило, более выражены при талассемии, которой и страдал данный пациент. Иногда при талассемии можно наблюдать и игольчатый периостоз (В).

Dent. Clin. North. Am., 32: 287 – т.к. 306, 1988.

Prato G. P. P., De Sanctis M. Soft tissue plastic surgery. Curr. Opin. Dent., 1: 98 – т.к. 103, 1991.

Регенеративная терапия

Becker B. E., Becker W. Regenerative procedures: Grafting materials, guided tissue regeneration, and growth factors. Curr. Opin. Dent., 1:93 – т.к. 97, 1991.

Branemark P. I., Zarb G. A., Albrektsson T. Tissue-integrated prostheses. In: Osseointegration in Clinical Dentistry. Carol Stream, IL, Quintessence, 1985.

Lynch S. E., Williams R. C., Poison A. M. et al. A combination of platelet-derived growth factors enhances periodontal regeneration. J. Clin. Periodontol., 16: 545–548, 1989.

Magnusson I., Batch C., Collins B. R. New attachment formation following controlled tissue regeneration using biodegradable membranes. J. Periodontol., 59: 1 – т.к. 6, 1988.

ГЛАВА 7. ЭНДОДОНТИЯ

Steven P. Levine, D.M.D.

ДИАГНОСТИКА

1. Какова истинная роль аппарата для электродонтодиагностики (ЭОД) в постановке клинического диагноза?

Аппарат для ЭОД возбуждает нервную систему пульпы посредством электро-стимуляции. Однако аппарат для ЭОД только показывает, жизнеспособен или нет зуб, решающим фактором является наличие кровеносных сосудов зуба. Одного определения жизнеспособности пульпы зуба не достаточно для постановки диагноза; оно должно сочетаться с другими методами.

2. Какова важность перкуSSIONной чувствительности при диагностике?

ПеркуSSIONная чувствительность — ценный диагностический показатель. Как только инфекционный или воспалительный процесс распространился через апикальное отверстие в пространство периодонтальной щели (ПДЩ) и апикальные ткани, боль можно локализовать с помощью перкуSSIONного теста. Пространство ПДЩ богато иннервировано проприоцептивными волокнами, которые делают перкуSSIONный тест ценным приемом.

3. Выслушивание жалобы пациента на боль оказывает существенную диагностическую помощь. Что отличает обратимый пульпит от необратимого?

При обратимом пульпите боль возникает только при применении стимула (т.е. холод, сладости). Боль острая, но исчезает при удалении стимула. Спонтанная боль отсутствует. Пульпа, как правило, не воспалена. Лечение обычно служит седативная повязка или новая пломба с основой. Необратимый пульпит характери-

зуется спонтанной болью, которая сохраняется в течение некоторого времени после удаления стимула. Существуют различные формы необратимого пульпита, но все требуют эндодонтического вмешательства.

4. Каковы клинические и рентгенологические признаки острого периодонтита?

Клинически острый апикальный абсцесс характеризуется быстрым началом с острой болью. Пораженный зуб отличается острой чувствительностью при перкус-сии, и может создаваться ощущение его «приподнятости» из-за апикального нагно-ения. Рентгенологическое исследование может показывать совершенно нормальный периапикальный комплекс или слегка расширенное пространство ПДЩ, так как ин-фекция не имела достаточно времени для деминерализации кортикального слоя ко-сти и появления просветления на рентгенограмме. Электрические и температурные пробы отрицательные.

5. Обсудите важность воспалительной резорбции.

Резорбция после авульсионных повреждений зависит от толщины цемента. Ког-да ПДЩ не восстанавливается, а цемент неглубокий, резорбция достигает дентин-ных канальцев. Если канальцы содержат инфицированную ткань, токсические про-дукты проникают в окружающую альвеолу, вызывая тяжелую воспалительную резорбцию и потенциальную потерю зуба.

6. После вывиха может возникнуть анкилоз, или заместительная резорбция. Как протекает этот процесс?

После обширной травмы, затрагивающей большую часть поверхности корня, возникает острая воспалительная реакция, вследствие которой поверхность корня утрачивает цемент. Клетками, вновь появляющимися на поверхности корня, зачас-тую оказываются клетки костной ткани, а не периодонта, поскольку последние ми-грируют с меньшей скоростью. Таким образом, мигрирующие клетки-предшествен-ники костной ткани образуют на месте цемента кость, которая непосредственно контактирует с корнем без какого бы то ни было соединительного комплекса, напри-мер, ПДС. Такое вращение непрерывно формирующейся и резорбирующей корень костной ткани является признаком заместительной резорбции.

Andreasen J.O.: Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. Scand J Dent Res 78:273, 1970.

7. Пациент обратился к врачу по поводу «флюса» или свища. Какие шаги вы предпримете для диагностирования причины или определения, какой зуб во-влечен в патологический процесс?

Все свищи должны быть прослежены с помощью гуттаперчевого конуса, потому что зуб-виновник может не находиться непосредственно рядом со свищем. Свищи, расположенные высоко на краевой десне, в сочетании с глубоким зондированием и нормальной реакцией зубов на проверку жизнеспособности могут иметь периодон-тальную этиологию.

8. Почему часто весьма трудно обнаружить источник боли, когда пациент жалу-ется на иррадирующую боль без чувствительности при перкуSSIONе или паль-пации?

112. Опишите компоненты импланта и клинические процедуры, проводимые с каждым из них.

Техника и биологически совместимые материалы для костно-интегрированного импланта были разработаны хирургом-ортопедом Пэр-Ингвар Брэйнарком более 50 лет назад. Брэйнарком подобрал биологически совместимый материал, титан, и описал следующие составные части импланта:

1. **Фиксатор**, вставленный в беззубый альвеолярный отросток. Он сконструирован из титана и может быть покрыт биологически совместимым, способствующим костной регенерации материалом, таким как гидроксиапатит. Фиксатор осторожно вставляют в просверленные с большой точностью отверстия и создают надлежащие условия для его интеграции с костью в течение 3–6 мес.

2. **Опора**: промежуточная часть, соединяющая фиксатор с протезом. Опора обычно крепится к фиксатору после второй хирургической процедуры.

3. **Зубной протез**: затем может быть изготовлен зубной протез и прикреплен к опоре. Этот этап можно начать через несколько недель после второй хирургической операции.



Цветущая цементно-костная дисплазия, охватывающая не менее трех квадрантов

113. Каков процент успешной постановки osteo-интегрированного имплантируемого протеза?

На показатель успешных имплантаций влияют многие факторы; однако долгосрочный прогноз показал, что успех достигается более чем в 90% случаев.

114. Какие факторы влияют на успех имплантации?

- Тщательный отбор пациентов.
- Точное ведение диагностической документации.
- Комплексное планирование лечения.
- Тщательные клинические мероприятия.

115. Каковы главные критерии отбора пациентов?

1. Общее здоровье пациента:
 - Медицинские аспекты.
 - Медикаментозное лечение.
 - Психиатрические аспекты.
2. Факторы, касающиеся ротовой полости:
 - Участок костной ткани для установки фиксатора не поражен патологическим процессом (например, кистами)

- Участок свободен от непрорезавшихся, или ретенированных, зубов, рудиментов корней или любых других инородных тел.
- Нет открытого сообщения между костью и ротовой полостью.
- Слизистая здоровая и без изъязвлений.
- Анатомические факторы.

116. Какой тип кости нужен для остеоинтеграции?

Подходящая кость состоит из толстого компактного слоя, окружающего центральный стержень из плотной губчатой кости достаточной плотности. Плохая кость состоит из тонкого кортикального слоя, окружающего центральный стержень из губчатого вещества низкой плотности.

117. Какие анатомические факторы важно учитывать при размещении импланта?

- Косая форма челюстной кости.
- Степень резорбции.
- Верхняя челюсть — расположение синусов, полости носа и резцового канала.
- Нижняя челюсть — подбородочное отверстие, нижний альвеолярный нерв и кровеносные сосуды.

118. Как оценивают состояние ротовой полости?

Оценить состояние ротовой полости помогает рентгенологическое исследование:

- Внутриворотная рентгенограмма участка, где предполагается имплантация.
- Общий вид челюстей (ортопантомограмма выявляет любой патологический процесс).
- Боковая цефалометрическая рентгенограмма (для оценки взаимоотношения между челюстями).
- Томография (ценная информация о ширине вершины альвеолярного отростка и расположении важных анатомических структур).

119. Как вы планируете правильные методы лечения?

Составление лечебного плана имеет огромное значение для достижения успеха. Перед хирургическим вмешательством следует оценить предполагаемые результаты. При этом необходимо учесть:

- Тип протезирования.
- Количество имплантов.
- Размещение фиксаторов.
- Модели челюсти, загипсованные в артикулятор, если это требуется.

Постановка зубов на этих моделях определяет качество протеза и помогает стоматологу, выполняющему хирургические манипуляции, визуализировать предполагаемый протез. Хирург также может воспользоваться хирургическим шаблоном для выработки плана размещения импланта.

120. Что являют собой рентгенологические и хирургические стенты?

Рентгенологические и хирургические стенты — это шаблоны, создаваемые на основе диагностических моделей, которые помогают в постановке имплантов. Использование стента с металлическими маркерами над предполагаемыми участками фиксаторов помогает при оценке рентгенограмм. Хирургический стент полезен, когда