Введение

Самое распространенное заболевание в стоматологии - это воспаление пульпы; т.е. пульпит, который в сочетании с кариесом (поражением твердых тканей зубов) является причиной жестоких болей, источником заболевания периодонта и нередко приводит к потере зуба.

Качественное лечение пульпита является главной задачей терапевтической стоматологии. Залогом успешного лечения пульпита является знание, умение и желание сделать работу качественно, а значит сохранить зуб как орган.

Пульпит- воспалительный процесс в пульпе зуба в результате воздействия на нее различных раздражителей. Наиболее частой причиной пульпита является микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, попадающие в пульповую камеру из кариозной полости через дентинные канальцы.

Основными возбудительными воспаления пульпы кокковые формы бактерий, в частности стрептококки, диплококки, стафилококки, грамположительные палочки, стрептобациллы, лактобациллы и дрожжевые грибы.

Инфицирование пульпы возможно при случайном вскрытии полости зуба во время лечения кариеса, а также ретроградным путем из глубокого пародонтального кармана, гайморовой пазухи при ее воспаление, остеомиелите, либо периодонтите в рядом стоящем зубе. Возможно проникновение инфекции в пульпу по кровеносным и лимфатическим путям при острых инфекционных заболеваниях.

Также причиной развития пульпита может являться острая или хроническая травма: механическая, физическая, химическая.

Острая механическая травма возникает при отломе части коронки зуба с обнажением рога пульпы, при переломе корня, при травмировании сосудисто-нервного пучка в области верхушки корня (например, при ударе), вскрытие рога пульпы при лечении кариеса или препарировании зуба под коронку, патологическая стираемость зубов, которая может привести к обнажению рога пульпы, завышение пломбы при лечении глубокого кариеса.

Физическая травма может привести к перегреву пульпы во время препарирования кариозной полости или зуба под коронку, при использовании тупых боров или при работе на турбинной машине в течении длительного времени без водяного охлаждения.

Химическая травма пульпы может произойти в результате использования сильнодействующих антисептиков (96% - го раствора спирта, 3% раствора хлорамина) при постановке постоянной пломбы без лечебной прокладки при лечении глубокого кариеса, применение пломбированных материалов, обладающих токсичным действием, без изолирующих прокладок, лечение глубокого кариеса у людей немолодого возраста с низкой реактивностью организма.

Классификация пульпитов

В настоящее время стоматологи пользуются классификацией, ММСН (1989г.)

1. Острый пульпит:

1) очаговый

2) диффузный

2. Хронический пульпит:

1) фиброзный

2) гангренозный

3) гипертрофический

3. Хронический пульпит в стадии обострения:

1) обострение хронического фиброзного пульпита;

2) обострение хронического гангренозного пульпита

4. Состояние после частичного или полного удаления пульпы

Клинические проявления пульпита в зависимости от его формы имеют свои особенности. Для острого пульпита характерны самопроизвольные боли, ноющие со «светлыми» промежутками, усиливающиеся от всех видов раздражителей, с иррадиацией (при остром диффузном пульпите) по ходу ветвей тройничного нерва. Острый пульпит протекает чаще с закрытой полостью зуба.

При хронических формах пульпита поющая боль в зубе возникает только после действия раздражителя (температурного, химического или механического). При осмотре кариозной полости почти всегда удается обнаружить сообщение с пульповой камерой.

Клиника хронических форм пульпита в стадии обострения очень схожа с острыми формами пульпита: возникновение самопроизвольных болей, чередование болевых и «светлых» промежутков, провоцирование длительных болей по ходу ветвей тройничного нерва, слабовыраженная перкуссия – больной не всегда может указать причинный зуб. Наличие сообщения с полостью зуба и самопроизвольные боли в прошлом, позволяют поставить диагноз обострения хронического пульпита.

Острый очаговый пульпит

При остром очаговом пульпите воспаление обычно локализуется в области проекции рога пульпы и не захватывает всю коронковую часть. Продолжительность этой стадии- до двух суток. Жалобы связаны с возникновением сильных болей от всех видов раздражителей, но чаще от холодного, они не проходят после устранения причины. Боль может возникнуть самопроизвольно чаще в вечернее время, болевой приступ продолжается 10-20 мин., безболевые промежутки - несколько часов. Иррадиация боли отсутствует, поэтому пациент может указать точно беспокоящий зуб. Объективно выявляется глубокая кариозная полость. Дно и стенки полости плотные, зондирование болезненно в проекции больного участка пульпы. Полость зуба обычно не вскрыта, реакция на холод резко болезненна, перкуссия зуба безболезненна. ЭОД в проекции воспаленного рога пульпы 18-20 мкА.

Острый очаговый пульпит необходимо дифференцировать с глубоким кариесом, острым диффузным и хроническим фиброзным пульпитами.

Острый диффузный пульпит

Острый очаговый пульпит через 1-2 суток переходит в острый диффузный при котором воспаление вовлекается вся коронковая и корневая пульпа. Серозное воспаление быстро переходит в серозно-гнойное, а затем в гнойное. По мере перехода в гнойное воспаление болевые приступы удлиняются, а «светлые» безболевые промежутки становятся короче, горячие раздражители усиливают боль, а холод успокаивает. Больной не может указать причинный зуб, иррадиирующие боли в ухо, висок, глаз, затылок.

При осмотре глубокая кориозная полость сообщения с полостью зуба не обнаруживается зондирование болезненно по всему дну, если произошло гнойное расплавление коронковой части, то зондирование может быть безболезненно. Иногда при вскрытии полости зуба выделяется капелька гнойного экссудата. Перкуссия зуба болезненна, переходная складка в области пораженного зуба не изменена. ЭОД-30-45 мкА. На рентгенограмме изменения в области верхушки корня не выявляется.

Острый диффузный пульпит дифференцируем с острым очаговым пульпитом хроническими формами пульпита в стадии обострения, острый и хроническим обострившим при альвеолите, перекоронаритом и затрудненным прорезыванием зуба мудрости.

Хронический фиброзный пульпит

-это наиболее часто встречающиеся форма пульпита, которая является исходом острого пульпита.

Жалобы на боли от температурных и химических раздражителей, которые не проходят сразу после устранения причины, но чаще пациент жалоб не предъявляет, самопроизвольные боли отсутствует, и возникают лишь при обострении хронического процесса. При осмотре глубокая кориозная полость, полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно. Если больной зуб находиться под пломбой, то после удаления пломбы обнаруживается болезненно сообщение с полостью зуба. Перкуссия зуба безболезненная, но иногда сравнительная перкуссия помогает определить больной зуб.

Переходная складка без изменении. ЭОД-35мкА. Хронический фиброзный пульпит необходимо дифференцировать с глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом и хроническим гангренозным пульпитом.

Хронический фиброзный пульпит в стадии обострения

большой предъявляет жалобы на самопроизвольные ноющие боли, усиливающиеся от температурных и химических раздражителей. Боли периодические, чередуются со «светлыми» промежутками и чаще возникают в вечернее и ночное время характерна иррадиация боли по ходу тройничного нерва. При осмотре глубокая полость или зуб под пломбой, полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование редко болезненно, пульпа кровоточит, перкуссия зуба может быть слегка болезненна. Переходная складка без изменений. На рентгенограмме возможно расширение перидонтальной щели в области верхушки корня. ЭОД-35-45 мкА.

Необходимо дифференцировать с острым очаговым пульпитом, острым диффузным пульпитом, хроническим гангренозным пульпитом в стадии обострения, острым верхушечным периодонтитом и хроническим периодонтитом в стадии обострения.

Хронический гангренозный пульпит

-жалобы чаще отсутствуют, но могут быть боли горячего и неприятный запах из зуба из анамнеза можно выявить, что зубов в прошлом сильно болел, при осмотре глубокая кариозная полость, цвет зуба имеет сероватый оттенок. Полость зуба вскрыта широко, зондирование болезненно в глубоких слоях коронковой пульпы или в глубине корневых каналов. Перкуссия безболезненна, на рентгенограмме обнаруживается расширение периодонтальной щели или резорбция кости с нечеткими контурами. Электровозбудимость пульпы 60-100 мкА.

Необходимо дифференцировать с хроническим фиброзным пульпитом и хроническим верхушечным периодонтитом.

Хронический гангренозный пульпит в стадии обострения

жалобы на самопроизвольные ноющие боли с короткими «светлыми» промежутками, боль носит волнообразный характер, утихая и вновь усиливаясь. Горячее провоцирует боль, холод ее успокаивает. Может быть боль при накусывании. Из анамнеза выясняется, что зуб болит не первый раз.

При осмотре: зуб изменен в цвете, имеется глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта довольно широко. Зондирование болезненно в более глубоких слоях.

Перкуссия зуба болезненна. По переходной складке в области больного зуба выявляется гиперемия слизистой оболочки. ЭОД- 60-100 мкА.

На рентгенограмме могут выявиться изменения в виде расширения периодонтальной щели или резорбции костной ткани с нечеткими контурами.

Необходимо дифференцировать с хроническим фиброзным пульпитом в стадии обострения, острым диффузным пульпитом, острым верхушечным периодонтитом и хроническим верхушечным периодонтитом в стадии обострения.

Хронический гипертрофический пульпит

- имеет две формы: гранулирующую (разрастание грануляционной ткани из полости зуба в кариозную полость) и полип пульпы более поздняя стадия течение заболевания, когда разросшаяся ткань пульпы покрывается ротовым эпителием. Жалобы на кровоточивость из зуба при жевании, боль при попадании в зуб жесткой пищи. При осмотре определяется кариозная полость, заполненная разросшейся тканью. При грануляционной форме цвет ткани ярко- красный, кровоточит при зондировании, умеренная болезненность. Полип пульпы имеет бледно- розовый цвет, при зондировании не кровоточит, болезненность слабая, консистенция полипа плотная: на стороне больного зуба выявляются обильные зубные отложения, так как пациент щадит эту сторону при жевании. Реакция на температурные раздражители выражено слабо. На рентгенограмме изменений в периопекальных тканях не обнаруживается. Встречается чаще у детей и подростков.

Необходимо гипертрофический пульпит дифференцировать с разрастанием десневого сосочка не разросшимися грануляциями из перфорации дна полости зуба.

состояние после полного удаления пульпы; диагноз становиться в том случае, если пациент обратился по поводу выпадения пломбы в ранее депульпированном зубе; зуб не беспокоит, герметизм каналов не нарушен, перкуссия безболезненно, переходная складка без изменений на рентгенограмме изменений в периодонте не обнаруживается.

Состояние после частичного удаления пульпы ставится, в случае если зуб был лечен методом витальной ампутации (например в детском возрасте во время формирования корней) и данные ЭОД подтверждают жизнеспособность корневой пульпы, на рентгенограмме изменений в периапикальных тканях нет.

Лечение

При лечении пульпы необходимо разрешить следующие проблемы:

- устранить болевой симптом;

- ликвидировать очаг воспаления в пульпе

- предохранить ткани периодонта от повреждения с целью предупреждения развития периодонтита;

- дать возможность доформироваться корню при лечении пульпита у ребенка;

- восстановить анатомическую форму и функцию зуба как органа;

Методы лечения можно разделить на консервативные, хирургические и консервативно-хирургические.

Биологический метод лечения пульпита исправлен на снятие воспаления в пульпе с помощью лекарственных препаратов без последующего удаления пульпы, либо частичное ампутация пульпы под анестезией с последующим сохранением оставшейся ее части (метод витальной и глубокой-витальной ампутации)

Хирургические методы лечения направлены на удаление пульпы под анестезией или после ее девитализации.

Биологический метод лечения пульпита

показан при:

- остром очаговом пульпите

- случайном обнажении интакной пульпы при препарировании кариозной полости

- отломе коронки зуба при травме

- хроническом фиброзном пульпите при попаданиях ЭОД не более 25 мкА.

Лечение проводится в одно или два посещения

1. Обезболивание
2. Механическая обработка кориозной полости
3. Медикаментозная обработка теплыми нераздражающими антисептиками низких концентрации, ферментами, такие антисептиками как 0,06%-0,3% хлоргексидина, растворы ферментов (трипсина, химопсина)
4. Высушивание проводиться ватными тампонами стерильными или слабой струей теплого воздуха;

Лечебная прокладка накладывается тонким слоем (0,5мм) на дно кариозной полости, затем изолируется водным дентином, ставиться прокладка из стеклоиномерного цемента до дентина эмалевой границы и затем постоянная пломба. В качестве лечебной прокладки используем препараты содержащие гидроокись кальция, такие как DYCAL, CALCIPULPE, кальцевит.

Все пациенты, у которых был проведен биологический метод лечения пульпита должны быть поставлены на диспансерный учет. ЭОД проводится через 1,6,12 месяцев.

Метод витальной ампутации

т.е. сохранение жизнеспособности пульпы в корневых каналах после удаления коронковой пульпы

Показания:

1. острый очаговый пульпит
2. случайное обнажение пульпы
3. Хронический фиброзный пульпит при электровозбудимости до40 мкА
4. зуб с несформированными корнями

Под инфильтрационной или проводниковой анестезией, соблюдая правила асептики и антисептики, препарируем кариозную полость, раскрываем полость зуба.

Острым экскаватором или колесовидным бором проводим ампутацию коронковой пульпы (рана должна быть резанная) промываем теплыми нераздражающим антисептиками, 3% раствором гипохлорита натрия, 0,5% раствором перекиси водорода.

Кровотечение из устьев каналов останавливаем 0,5%-1% перекисью водорода, полость зуба высушиваем ватным тампоном или струей теплого воздуха. На устья каналов без давления накладываем лечебную пасту, на пасту водный дентин, затем прокладку из стеклоинорного цемента и восстанавливаем анатомическую форму зуба из композиционных материалов. Пациент ставится на диспансерный учет. При отсутствии жалоб необходимо провести ЭОД через 1,6,12 месяцев, при необходимости проводится рентгенограмма зуба.

Хирургические методы лечения пульпита

пульпит зуб кровотечение лечение

Метод витальной экстирпации основан на удалении всей пульпы под обезболиванием без предварительного наложении мышьяковистой пасты.

После инфильтрационной или проводниковой анестезией проводят препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, ампутацию коронковой пульпы расширением устьев корневых каналов и экстирпацию корневой пульпы.

Кровотечение из корневого канала бывает при неполном удалении корневой пульпы или травме периодонта, после тщательной экстирпации кровотечение останавливаем химическими средствами, таким как 3% раствором перекиси водорода, капрофером и др. Далее проводится инструментальная обработка каналов узкие каналы расширяют на 2-3 размера дрильбора, выравнивают их стенки, каналу придают конусовидную форму все манипуляции проводится параллельно с обработкой каналов препаратами, содержащими ЭДТА, которые помогают расширить канал и его обезжирить. К ним относятся:LARGAL ULTRA, CANAL PLUS (фирмы SEPTOGONT). Для прохождения узких каналов пользуемся к-римерами, при работе в корневом канале совершаются движения, напоминающие подзаводку наручных часов. Максимально допустимый угол поворота-180 градусов, далее для расширения и выравнивания корневых каналов пользуемся к-файлами; к-файлы являются универсальными инструментами и могут применяться как для прохождения, так и для расширения выравнивания корневых каналов.

Расширение производим пилящими движениями продвигая инструмент в сторону апикального отверстия, файл при выведение прижимают к стенке, для выведения содержимого из каналов пользуемся рашпилем.

Для медикаментозной обработки каналов используем 3-5% раствор гипохлорида натрия каналы высушивают сухими ватными турундами пломбируем до физиологической верхушки пастами или гуттаперчей пасты содержащие эвгенол: эвгедент, цинк-эвгеноловая паста, эндометазон.

После пломбирования каналов необходимо сделать контрольный ренген снимок.

Метод девитальной экстирпации

основан на удалении всей пульпы после ее некротизации и проводиться в два посещения. Для некротизации пульпы использует препараты мышьяковистой пасты. В первое посещение после некроэктомии кариозной полости накладывают на вскрытый рог пульпы мышьяковистую пасту под повязку. На 24-48ч. Во второе посещение удаляют временную пломбу и проводят раскрытие полости зуба и дальнейшее лечение проводится по выше описанному методу.

Кариозную полость очищают от пломбировочного материала, обезжиривают, высушивают воздухом, на устья каналов накладывают прокладку из стеклоиномерного цемента и ставят постоянную пломбу.

Список использованной литературы

1. Николаев А.И.
2. Цепов Л.М.
3. Лукиных Л.М.
4. Шестопалова Л.В.
5. Миллер В.Д.