ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

ФИО больного: –

Возраст: 21 год

Образование: среднее.

Профессия: студент.

Семейное положение: не женат.

Место жительства:

Жалобы при поступлении

Больной жалуется на интенсивные самопроизвольные приступообразные боли в области верхней челюсти слева, усиливающиеся в ночное время, с иррадиацией боли в ухо, висок.

Боли длинные самопроизвольные с короткими безболезненными промежутками течение 3-х суток. От горячего боль приступа усиливается.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со слов больного зуб ранее не болел. Течение 3-х дней появился боль. Пациент стал жаловаться на длительные самопроизвольные боли с достаточно длительными безболевыми промежутками. Холод провоцирует приступы боли. Далее болевые приступы удлиняются безболевые промежутки становятся все короче. Иногда боль не исчезает полностью, лишь затихает, то есть носит волнообразный характер. Далее от горячего боль усиливается и от холодного снижается. Больной не может указать причинной зуб. Характер иррадиация боль по ходу 5-й пары черепно-мозговых нервов. В поликлинику больной не обращался.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное.

Конституциональный тип по нормостеническому типу. Рост 179 см, вес 80 кг, температура тела 36,7 С.

Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, умеренная. Конфигурация лица не изменена. Кожа нормальной окраски, патологических изменений не выявлено. Тонус жевательных и мимических мышц в норме.

Лимфатические узлы поднижнечелюстной области справа и слева определяются при пальпации. Лимфоузлы подвижны, увеличены не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны. Подподбородочные, шейные, околоушные, предушные, затылочные лимфатические узлы при пальпации не определяются.

ОБЩИЙ ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Красная кайма губ без патологических изменений, губы достаточно увлажнены, сухости, эрозий, трещин, корок нет.

ОСМОТР ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА

При внутриротовом осмотре преддверия полости рта – слизистая оболочка щек бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. Отечности, нарушения целостности не выявлено. Уздечки верхней и нижней губы достаточно выражены.

Десна бледно-розового цвета, умеренно увлажнен. Десневые сосочки бледно-розового цвета, нормальных размеров, без нарушения целостности. При надавливании инструментом отпечаток быстро исчезает.

Тонус жевательных и мимических мышц в норме.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОБСТВЕННО ПОЛОСТИ РТА

Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета, нормально увлажнена, без патологических изменений, отечности не наблюдается.

Язык нормальных размеров, слизистая оболочка языка бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. Спинка языка чистая, десквамаций, трещин, язв нет. Болезненности, жжения, отечности языка не выявляется.

Состояние фолликулярного аппарата языка без патологических изменений.

Зев бледно-розового цвета, нормально увлажнен, без отеков.

Миндалины не увеличены, гнойных пробок в лакунах не выявлено, налета нет.

ОСМОТР ЗУБНЫХ РЯДОВ

Прикус по ортогнатическому типу.

Аномалий формы, положения и величины зубов не обнаружено. Некариозные поражения зубов (гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект, стирание) отсутствуют.

В области 31 32 41 22 имеется наддесневой зубной камень светло-коричневого цвета, плотной консистенции. В пришеечной области 16, 15,14, 13, 23, 24, 25, 26 имеется мягкий зубной налет желтоватого цвета.

Патологической подвижности зубов нет.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗУБА

При осмотре 26 зуба на его жевательной поверхности обнаружена глубокая кариозная полость. Цвет зуба не изменена, не обнаружена сообщение с полостью зуба. Зондирование болезненно по всему дну. Перкуссия зуба болезненна по верхней челюстей слевой стороны. Патологическая подвижность зуба отсутствует.

Состояние слизистой оболочки вокруг зуба: бледно-розового цвета, нормально увлажнена, без патологических изменений, отечности не наблюдается.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возникают боли от температурных раздражителей, главным образом от горячего, от холодного боль успокоится. Электровозбудимость пульпы 30-45 мкА.

Данные рентгенографии: кариозная полость расположена на жевательной поверхности зуба, нет сообщение с полостью зуба, нет изменений в области верхушки корня.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острый диффузный пульпит необходимо дифференцировать с острым очаговым пульпитом и хроническим формами пульпитами в стадий обострение, острым и хроническим обостривщимся периодонтидом, невралгией тройничниго нерва, гайморитом, луночковой болью при альвеолите, перикоронаритом, и затрудненным прорезыванием зуба мудрости.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и острого очагового пульпита:

Общее:

Боль от всех видов раздражителей

Самопроизвольные боли, особенно в ночной время

Наличие глубокой кариозной полости

Полость зуба не вскрыта.

Различия заключаются в том, что при остром очаговым пульпите:

При очаговым пульпите боли чаще возникает от холодного, при диффузном при переходе в гнойную стадию боль появляется от горячего. Холод успокаивает боль.

При очаговым пульпите безболевые промежутки гораздо длиннее болевых, при диффузном пульпите самопроизвольный боль более длительные (несколько часов) а светлые промежутки короткие.

Очаговый пульпит существует не более 1-2 суток, а острый диффузный пульпит до 14 суток.

При очаговым пульпите иррадиации боли нет, а острый диффузный пульпит протекает с иррадиацией болей, поэтому пациент не может точно указать больной зуб.

Зондирование при очаговом пульпите болезненно в проекции воспаленного рога пульпы, при диффузном пульпите по всему дну.

Перкуссия при очаговым пульпите безболезненно, при диффузном болезненно.

Показатель ЭОД при очаговым пульпите до 20мкА, при острым диффузном до 35-40мкА.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и хронических обострившихся форма пульпита:

Общее:

Самопроизвольная боль со светлыми промежутками, усиливающаяся от температурных раздражителей.

Иррадиация болей

Сравнительная перкуссия болезненно.

Различия заключаются в том, что при хроническим обострившихся формах пульпита:

В анамнезе уже имелись самопроизвольные боли.

При осмотре кариозной полости обнаруживается сообщение с пульповой камерой, болезненно зондирование.

В 30% случаев на рентгенограмме выявляется расширение периодонтальной щели.

Все эти признаки отсутствуют при острым диффузном пульпите. Следует тоже учитывать, острый пульпит возникает у людей, с хорошей реактивностью организма, и при компенсированной форме кариеса.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и острого верхушечного периодонтита, хронического верхушечного периодонтита в стадии обострение.

Общие:

Продолжительная боль.

Различие

При пульпите боль периодическая, при острых формах верхушечных периодонтита она постоянная, нарастающая во времени, так как идет скопление экссудата в замкнутом пространстве периодонтальной щели, без светлых промежутков.

При пульпите полость зуба обычно не вскрыта, а при периодонтите имеется сообщение с пульповой камерой, безболезненное при зондирование.

При пульпите пальпация по переходной складке в области проекции больного зуба безболезненно, а при острых формах периодонтита болезненно.

При пульпите перкуссия может бить лишь слабо болезненной, а при острых формах периодонтита до зуба больно дотронутся даже языком.

При пульпите пациент не может указать причинной зуб из за иррадиация боли. отличие от острых форм периодонтита.

При пульпите температурные раздражителей провоцируют боль, при острых формах периодонтита болевая реакция на температурных раздражителей отсутствует.

На рентгенограмме при пульпите изменения в периодонтите не обнаруживается, при острых формах периодонтита ( за исключение острого периодонтита в стадии интоксикация) выявляются расширение периодонтальной щели или деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба.

Показатель ЭОД при пульпите всегда меньше 100мкА, а при периодонтите более 100мка.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и невралгии тройничного нерва.

Общее

Приступообразная боль со светлыми промежутками.

Различие

При невралгии химические холодовые (температурные) раздражители как правило не провоцирует приступ боли, боль возникает от различных движений мышц лица и при прикосновение к круговым зонам места выхода тройничного нерва.

При невралгии боль редко возникает ночью, отличие от пульпита.

В результате обследования зубного ряда не выявляются зубы, которые могут давать приступообразные боли.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита при гайморите.

Общее

Ноющая боль челюсти.

Различие

При гайморите страдает общее состояние, появляется головная боль, быстрая утомляемость, повышается температура.

При гайморите боль усиливается при наклоне головы и резкой смене положения.

При гайморите имеется выделение из носа.

Характерна рентгенографическая картина гайморовых пазух.

Температурные раздражители боль в зубах не провоцируют, отмечается постоянная, разлитая, ноющая, умеренной интенсивности боли.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и луночковой боли при альвеолита.

Общее - Боль с иррадиацией по ходу тройничного нерва.

Различие

При альвеолите всегда имеется лунка удаленного зуба с распавщимся кровяным сгустком.

Боли имеют постоянный характер и не связанны с действием температурных раздражителей.

Пальпация десны в области лунки резко болезненно.

После кюретажа лунки и противовоспалительного лечения боль проходит.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита, перикоронарита и затрудненного прорезывания зуба мудрости.

Общее – ноющая боль в челюсти.

Различие- Перикоронарите и затрудненного прорезывания зуба мудрости наблюдается

Затрудненное открывание рта (тризм)

Болезненная пальпация в данной области десны.

При осмотре выявляется отечная воспаленная десна в проекции зуба мудрости.

Рентгенография выявляется зуб мудрости в стадии прорезывания.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Диагноз –26 pulpitis acuta diffusa. (острый очаговый пульпит).

Диагноз поставлен на основании клинической картины, данных анамнеза, жалобах больного, основных и дополнительных методов исследования.

Жалобы больного: на интенсивные самопроизвольные приступообразные боли в области верхней челюсти слева, усиливающиеся в ночное время, с иррадиацией боли в ухо, висок.   
Боли длинные самопроизвольные с короткими безболезненными промежутками течение 3-х суток . От холодного боль приступа усиливается.

Из анамнеза заболевания выявлено, ранее не болел. Течение 3х дней появился боль.

Объективно на жевательной поверхности зуба обнаружена глубокая кариозная полость, цвет зуба не изменена, не обнаружена сообщение с полостью зуба. Зондирование болезненно по всему дну. Перкуссия зуба болезненна по верхней челюстей слевой стороны. Патологическая подвижность зуба отсутствует.

Дополнительные методы исследования: Электровозбудимость пульпы 30-45мкА. По данным рентгенографии нет изменений в области верхушки корня .

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Этиология

Пульпит (pulpitis) — воспалительный процесс в пульпе зуба в результате воздействия на нее различных раздражителей.

Наиболее частой причиной пульпита являются микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, попадающие в пульповую камеру из кариозной полости через дентинные канальцы. Большинство авторов считают основными возбудителями воспаления пульпы кокковые формы бактерий, в частности гемолитические и негемолитические 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 воспалении, остеомиелите, либо периодонтите в рядом стоящем зубе. Возможно проникновение инфекции в пульпу по кровеносным и лимфатическим путям при острых инфекционных заболеваниях.

Вторым по частоте этиологическим фактором развития пульпита может явиться острая или хроническая травма: механическая, физическая и 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), вскрытии рога пульпы при лечении кариеса или препарировании зуба под коронку.

К механической хронической травме пульпы относятся патологическая стираемость зубов, которая может привести к обнажению рога пульпы, завышение пломбы при лечении глубокого кариеса, давление дентикля.

Физическая травма может привести к перегреву пульпы во время препарирования кариозной полости или зуба под коронку. Это может произойти при использовании тупых боров или при работе на турбинной машине в течение длительного времени без водяного охлаждения. Наложение амальгамовой пломбы без надежной изолирующей прокладки также приводит к хроническому физическому раздражению пульпы, так как металл является хорошим проводником термических раздражителей.

Химическая травма пульпы может произойти в результате действия следующих факторов:

использование сильнодействующих антисептиков в высокой концентрации при обработке глубокой кариозной полости (3%-го раствора хлорамина, 96%-го раствора спирта, 3%-го раствора перекиси водорода, эфира);

постановка постоянной пломбы без лечебной прокладки при лечении глубокого кариеса, применение пломбировочных материалов, обладающих токсичным действием, без изолирующих прокладок (акрилоксид, карбодент, эвикрол и др.);

применение лечебных прокладок с выраженной щелочной средой рН-12—14 (кальмецин, кальцин-паста), которые могут привести к некрозу пульпы;

добавление кристаллов тимола, йодоформа, нитрата калия в прокладку;

применение аллергенных пломбировочных материалов и лекарственных препаратов без учета неблагоприятного аллергологического статуса пациента (пластмасса, цинк-эвгеноловая паста, сульфаниламиды, антибиотики и др.), лечение глубокого кариеса у людей немолодого возраста с низкой реактивностью организма с декомпенсированной формой кариеса.

К числу этиологических факторов пульпита можно отнести дентикли и петрификаты в полости зуба.

Петрификаты пульпы зуба могут быть единичными или множественными, то есть наблюдается очаговое или диффузное отложение минеральных солей, которые могут раздражать нервные окончания пульпы и сдавливать сосудистые образования, нарушая микроциркуляцию. Отложение солей кальция прослеживается главным образом вдоль крупных сосудов и нервов, что, несомненно, может привести к возникновению самопроизвольных болей в зубе, особенно при смене положения головы.

Дентикли — это дентиноподобные образования различной величины и формы, которые образуются как в коронковой, так и в корневой пульпе в результате хронической механической травмы зуба либо при общесоматических хронических заболеваниях. Различают свободнолежащие, пристеночные и интерстициальные ("замурованные") дентикли.

Патогенез

Пульпа представляет собой мощный противоинфекционный барьер. При истощении защитных сил пульпы и воздействии вирулентных микроорганизмов и их токсинов развивается воспалительная реакция, которая может быть обратима на определенных этапах. Неспецифические и специфические факторы резистентности организма участвуют в регуляции течения и ликвидации воспаления пульпы зуба. Исход этого воспаления зависит от следующих факторов:

вирулентности микроорганизмов и их токсинов;

длительности воздействия раздражителей;

сопротивляемости пульпы;

общего состояния организма человека;

возраста пациента;

интенсивности кариеса;

состояния пародонта.

Необходимо учитывать сенсибилизацию пульпы, которая развивается задолго до клинических признаков воспаления в результате существующего кариозного процесса.

В начале воспаления в пульпе развиваются изменения функционального характера, которые в дальнейшем переходят в структурные. В ответ на длительное воздействие микроорганизмов и их токсинов происходит гибель клеток и выброс большого количества лизосомальных ферментов (протеолитических, гликолитических, липолитических), которые инициируют каскад реакции. Время развития острого пульпита не превышает 14 суток. Любая воспалительная реакция состоит из трех компонентов: альтерации, экссудации и пролиферации. В процессе альтерации повреждаются субклеточные структуры, высвобождается большое количество биологически активных веществ, появляются тяжелые нарушения в системе микроциркуляции, мелкие кровоизлияния, набухание стенок сосудов в кислой среде, пристеночное стояние лейкоцитов, повышение свертываемости крови, тромбообразование. В результате этих процессов затрудняется удаление продуктов метаболизма, нарастает кислородное голодание. Основное вещество деполимеризуется, нарастает гипоксия тканей. Происходит дезорганизация одонтобластов, их вакуолизация, кариопикноз, кариорексис и кариолизис.

При острых формах пульпита на первый план выходит стадия экссудации. В тканях пульпы нарастает отек, появляется серозный экссудат (острый серозный очаговый и диффузный пульпит), который в редких случаях может рассосаться, но чаще через 6-8 часов трансформируется в гнойный. Образуется абсцесс пульпы, вокруг которого наблюдается серозное воспаление, стихающее к периферии, если абсцесс вскрывается в кариозную полость, то острое воспаление переходит в хроническое.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

При лечении пульпита необходимо разрешить следующие проблемы:

устранить болевой симптом;

ликвидировать очаг воспаления в пульпе;

предохранить ткани периодонта от повреждения с целью предупреждения развития периодонтита;

восстановить анатомическую форму функцию зуба как органа.

Существующие методы лечения пульпитов:

С сохранением жизнеспособности пульпы.

Биологический метод.

Витальная ампутация.

Удаление пульпы.

Витальная экстерпация.

Девитальная экстерпация.

Для лечения острого диффузного пульпита используют метод витальной экстерпации пульпы. Пульпит является абсолютным противопоказанием для биологического метода и витальной ампутации.

Достоинства данного метода лечения:

отсутствие токсического воздействия на ткани периодонта препаратов мышьяка;

лечение проводится в один сеанс;

безболезненность манипуляций в зубе.

ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ

1 посещение.

1. Обезболивание. Для реализации принципа безболезненного лечения зубов целесообразно использовать только высокоэффективные анестетики, обладающие минимальной токсичностью. Сегодня весьма популярны 2—4% раствор ультракаина, 4% раствор альфакаина, 4% раствор септанеста, 2% раствор лидокаина и его зарубежные аналоги (2% раствор ксилестезина, 3% раствор прессикаина, 3% раствор ксилонора).

Для усиления анестезирующего эффекта и продления действия анестетика целесообразно добавлять 0,1% раствор адреналина гидрохлорида (1 капля на 10—15 мл анестетика), 0,05% раствор норадреналина гидрохлорида или их зарубежные аналоги (эпинефрин, норэпинефрин). Однако практикующий и особенно начинающий терапевт-стоматолог должны помнить, что вазоконстрикторы противопоказаны пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом в стадии декомпенсации, а также лицам преклонного возраста.

Провести полное обезболивание зуба позволяет проводниковая анестезия (торусальная или мандибулярная).

2. Препарирование основной кариозной полости производится с соблюдением всех принципов и этапности, дабы предотвратить контаминацию микроорганизмов из кариозной полости в полость зуба.

3. Вскрытие пульповой камеры осуществляется шаровидным бором на низкой скорости вращения по кратчайшему пути в сторону наиболее выступающего рога пульпы. Бор следует держать параллельно оси зуба.

4. Раскрытие и расширение пульповой камеры с ампутацией коронковой части пульпы зуба. Вначале осуществляются снятие крыши пульповой камеры по периметру и ампутация коронковой части пульпы. Затем движениями изнутри кнаружи производится расширение пульповой камеры до момента, пока кариозная полость не будет плавно переходить в полость зуба. Бор следует ориентировать параллельно продольной оси зуба в соответствии с ее наклоном.

Трепанацию зуба следует проводить с жевательной поверхности, точно посредине центральной выемки. Ось бора во время препарирования следует располагать параллельно продольной оси зуба. Вскрытие пульповой камеры осуществляют шаровидным бором. Далее проводится ее овальное расширение в щечно-язычном направлении на ширину бора, чтобы можно было обнаружить устья корневых каналов. Известно, что дно полости находится на уровне шейки зуба, что позволяет избежать осложнений при манипуляциях в пульповой камере: Работа внутри полости зуба также осуществляется шаровидным бором на низкой скорости до полного ее очищения от остатков пульпы. Полость зуба и устье корневого канала должны быть достаточно расширены, чтобы позволить инструментам беспрепятственно опускаться в корневой канал.

5. Экстирпация пульпы из корневого канала зуба. Экстирпация пульпы осуществляется пульпоэкстрактором соответствующего размера, который вводится по стенке корневого канала до упора (физиологического апекса), поворачивается по часовой стрелке на 360° и извлекается также по стенке корневого канала вместе с сосудисто-нервным пучком. Извлеченная пульпа по форме и длине соответствует конфигурации корневого канала. Эту манипуляцию следует повторить, дабы убедиться в полной экстирпации пульпы зуба.

6. Эндодонтическая обработка корневого канала. Включает в себя механическую и медикаментозную обработку. Инструментальная обработка узких и облитерированных корневых каналов проводится с использованием К-файлов и Н-файлов. Расширение следует проводить до тех пор пока в канал свободно не будет входить инструмент, имеющий диаметр на 2—3 номера больше, чем диаметр инструмента вводимого в начале обработки. Чередуя инструменты большого и малого размеров, добиваются его расширения и очищения. Следует помнить, что хорошо обработанным корневой канал можно считать тогда, когда в него свободно опускается эндодонтический инструмент, а извлекаемый дентин выглядит сухим и светлым. Во время инструментальной обработки необходимо применять медикаментозное орошение корневого канала самыми эффективными антисептиками низких концентраций и физиологической температуры.

7. Высушивание и обезжиривание дентина корневого канала зуба. С этой целью современная стоматология рекомендует использовать препараты, содержащие ЭДТА: Netispad, Styptic (фирма SPAD), Largal ultra, Canal plus (фирма Septodont). Вносятся лекарственные препараты в просвет корневого канала на стерильной ватной турунде, накрученной на корневую иглу Миллера. В случае кровотечения из корневого канала следует использовать 3% раствор перекиси водорода, 5% раствор аминокапроновой кислоты, капрофера, анестетик с вазоконстриктором, 10% раствор глюконата кальция, либо 10% раствор хлористого кальция методом тугой тампонады канала ватной турундой.

8. Пломбирование корневого канала до физиологического апекса с последующим рентгенологическим контролем качества пломбирования. Это самый ответственный этап в лечении осложненного кариеса. От качества заполнения корневого канала зависит исход заболевания. Показано пломбирование твердеющими пастами и гуттаперчей. Первую порцию пломбировочного материала вносят в канал на кончике корневой иглы Миллера и подводят под давлением к верхушке корня с помощью ватной турунды, что позволяет качественно обтурировать апекс; вторую порцию вносят на каналонаполнителе (типа Lentulo), который позволяет ускорить процесс заполнения корневого канала. Пломбировать следует до физиологического апекса с последующей рентгенографией, констатирующей качество заполнения корневого канала зуба. Используем латеральной конденсации.

9. Постановка временной пломбы.- это пломба, которая ставится в диагностических и лечебных целях на некоторое время, а затем меняется на постоянную. Используем искусственный дентин.

10. Контрольная рентгенография. Канал должен плотно и однородно запломбирован.

2 посещение. (через 5 дней)

1.Опрос больного – если жалоб нет, перкуссия отрицательная (безболезненно).

2. Удаление временной пломбы – экскаватором.

3. Постановка постоянной пломбы.- это пластичный твердеющий материал (наподобие эпоксидки), которым заполняется дефект или полость в зубе, для того чтобы восстановить его анатомическую и функциональную целостность. Используем композитный материал-

Рецепты:

Препараты для обезболивания

Rp: Aerozolum “Lidocainum” 10%

D.S. Для аппликационной анестезии

Rp: Sol. Lidocaini hydrochloridi 2% - 2ml

D.t.d. N 10 in ampullis

S. Для проводниковой и инфильтрационной анестезии

Rp: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% - 1 ml

D.t.d. N 10 in ampullis

S. Для пролонгирования действия анестетиков

Rp: Sol. :Ultracain-DS-forte” – 1,7 ml

D.t.d. N 10 in carp.

S. Для проводниковой и инфильтрационной анестезии

Препараты для обработки кариозной полости

Rp: Sol. Chlorhexidini 0,06% - 100 ml

D.S. Для обработки кариозной полости

Rp: Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0,25% - 10 ml

D.S. Для обработки кариозной полости

Rp: Sol. Dimexidi 5% - 100 ml

D.S. Для обработки кариозной полости

Rp: Sol. Furacilini 0,02% - 100 ml

D.S. Для обработки кариозной полости

Rp: Sol. Dioxydini 1% - 10 ml

D.S. Для обработки кариозной полости

Анальгетики

Rp: Tab. Acidi acetylsalicylici 0,25 N 10

D.S. по 1 таб. 3 р/д после еды

Rp: Tab. “Tempalginum” N 10

D.S. По 1-2 таб. 2-3 р/д

Rp: Tab. “Sedalgini” N 10

D.S. По 1-2 таб. 2-3 р/д

Средства для остановки кровотечения

Rp: Sol. Hydrogenii peroxidi 3% - 50 ml

D.S. Для стоматологического кабинета

Rp: Sol. Acidi aminocapronici 5% - 100 ml

D.S. Наружно, для введения на турунде в корневой канал для остановки кровотечения

Средства для расширения корневых каналов

Rp: Sol. Dinatrii aethylendiamintetraacetatis 10% - 50 ml

D.S. Для расширения корневых каналов

ДНЕВНИК

09.03.2011. Общее состояние удовлетворительное. Больной жалуется на интенсивные самопроизвольные приступообразные боли в области верхней челюсти слева, усиливающиеся в ночное время, с иррадиацией боли в ухо, висок. При сборе анамнеза установлено, что 26 зуб ранее не болел. Течение 3х дней появился боль. При осмотре зуба на его жевательной поверхности обнаружена глубокая кариозная полость, не обнаружена сообщение с полостью зуба. Зондирование болезненно по всему дну. Перкуссия зуба болезненна по верхней челюстей слевой стороны. Патологическая подвижность зуба отсутствует.

Для уточнения постановки диагноза больному проведена прицельная внутриротовая рентгенография 26.

Диагноз: pulpitis acuta diffusa (острый очаговый пульпит). Диагноз поставлен на основании основных и дополнительных методах диагностики.

Лечение: отпрепарирована кариозная полость, вскрыта полость зуба и удалена пульпа. Корневые каналы пройдены, расширены и запломбированы гуттаперчей. Сделана контрольная внутриротовая рентгенограмма 26. Каналы запломбированы до физиологического отверстия. Поставлена постоянная пломба из светоотверждаемого композита. Произведена финишная обработка пломбы.

Назначены контрольные посещения через 3, 6, 12 месяцев

ПРОГНОЗ

Учитывая молодой возраст больного, хорошее состояние иммунной системы, при своевременном и правильном лечении прогноз благоприятный.

Список использованной литературы:

Пульпит (клиника, диагностика, лечение). Л.М. Лукиных, Л.В. Шестопалова / Нижний Новгород. 1999.

Терапевтическая стоматология. Е.В. Боровский / Москва. 1997.