**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

ФИО больного:

Возраст: 19 лет.

Образование: среднее.

Профессия: студент.

Семейное положение: не женат.

Место жительства:

Дата обращения на кафедру: 20 декабря 2004 года.

Окончательный диагноз: pulpitis chronica gangraenosa (хронический гангренозный пульпит).

### ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО

Больной жалуется на ноющие боли от различного рода раздражителей, главным образом от горячего, не прекращающиеся после устранения действия этих раздражителей. Боли также возникают от перемены температуры воздуха – при выходе на улицу или обратно. Больной также предъявляет жалобы на гнилостный запах изо рта.

### АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

При сборе анамнеза установлено, что 45 зуб в прошлом сильно болел. Боли были самопроизвольные, возникающие чаще в ночное и вечернее время, имели приступообразный характер, со светлыми промежутками, усиливающиеся при приеме горячего. Больной отмечал иррадиацию боли в висок. Через несколько недель боли прекратились. В поликлинику больной не обращался.

### ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

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

Кожа обычной окраски, эластичность нормальная, сухости, сыпи, расчесов, кровоизлияний на коже не выявлено.

Конституциональный тип по нормостеническому типу. Рост 175 см, вес 80 кг, температура тела 36,7 С.

Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, умеренная.

Со слов больного состояние по органам в норме.

Лимфатические узлы поднижнечелюстной области справа и слева определяются при пальпации. Размер лимфоузлов 1 см в диаметре, консистенция плотная. Лимфоузлы подвижны, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны. Подподбородочные, шейные, околоушные, предушные, затылочные лимфатические узлы при пальпации не определяются

Конфигурация лица не изменена. Кожа нормальной окраски, шелушения, сухости, припухлостей нет.

## **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 увлажнена. В области 16, 25, 36, 45, 46 обнаруживаются пародонтальные карманы глубиной 2-3 мм. 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.

Цвет зубов - белый. 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, 13, 23, 24, 25, 26 имеется мягкий зубной налет желтоватого цвета.

Патологической подвижности зубов нет.

Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной – 2,0

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| о |  | п |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | п | п | о |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| о |  | п | к |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | о |

## **ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗУБА**

При осмотре 45 зуба на его жевательной поверхности обнаружена глубокая кариозная полость. Цвет зуба имеет сероватый оттенок. Имеется широкое сообщение кариозной полости с полостью зуба. Цвет коронковой пульпы серый. Зондирование пульпы безболезненно, при глубоком зондировании в устье канала определяется кровоточивость и болезненность. Перкуссия зуба безболезненна, звук тимпанический. 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, не прекращающиеся после устранения действия раздражителя. Электровозбудимость пульпы снижена до 70 мкА.

Данные рентгенографии: кариозная полость расположена на жевательной поверхности зуба, широко сообщается с полостью зуба, корневые каналы достаточно проходимы, обнаруживается расширение периодонтальной щели, резорбция костной ткани, окружающей зуб, отсутствует.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Хронический гангренозный пульпит необходимо дифференцировать с хроническим фиброзным пульпитом и хроническим верхушечным периодонтитом.

Дифференциальная диагностика хронического гангренозного пульпита и хронического верхушечного периодонтита:

Общее:

1. гнилостный запах из кариозной полости;
2. безболезненное зондирование поверхностных слоев в полости зуба;
3. изменения на рентгенограмме в периапикальных тканях.

Различия заключаются в том, что при хроническом верхушечном периодонтите:

1. из анамнеза можно выявить появление припухлости на десне и боль при накусывании на больной зуб во время обострения;
2. зуб никогда не реагирует на температурные раздражители;
3. при осмотре переходной складки можно выявить свищ, рубец от свища или застойную гиперемию;
4. зондирование безболезненно на всем протяжении канала, за исключением тех случаев, когда грануляции из периодонта врастают в канал, но в этом случае на турунде обнаруживается ярко-алая кровь, что не характерно для гангренозного пульпита;
5. грануляции при зондировании менее болезненны, чем сохранившаяся пульпа в канале при гангренозном пульпите;
6. показатели ЭОД более 100 мкА.

Дифференциальная диагностика хронического гангренозного пульпита и хронического фиброзного пульпита:

Общее:

1. боли от температурных раздражителей;
2. наличие глубокой кариозной полости, сообщающейся с полостью зуба.

Различия заключаются в том, что при хроническом гангренозном пульпите:

1. коронка зуба более темная, чем при хроническом фиброзном пульпите;
2. сообщение с полостью зуба более широкое;
3. зондирование дна кариозной полости, перфорационного отверстия и устья корневого канала безболезненно, пульпа не кровоточит;
4. зуб реагирует больше на горячее, чем на холодное, а при хроническом фиброзном пульпите – на холодное;
5. показатели ЭОД при хроническом гангренозном пульпите – 70 мкА (у данного больного), а при хроническом фиброзном пульпите – 35-40 мкА.

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Диагноз – pulpitis chronica gangraenosa (хронический гангренозный пульпит).

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

Жалобы больного: ноющие боли от различного рода раздражителей, главным образом от горячего, не прекращающиеся после устранения действия этих раздражителей, боли от перемены температуры воздуха – при выходе на улицу или обратно; гнилостный запах изо рта.

Из анамнеза заболевания выявлено, что зуб в прошлом сильно болел, потом боли прекратились, никакого лечения не проводилось.

Объективно на жевательной поверхности зуба обнаружена глубокая кариозная полость, цвет зуба имеет сероватый оттенок, имеется широкое сообщение кариозной полости с полостью зуба; цвет коронковой пульпы серый, зондирование пульпы безболезненно, при глубоком зондировании в устье канала определяется кровоточивость и болезненность; перкуссия зуба безболезненна, звук тимпанический.

Дополнительные методы исследования: Электровозбудимость пульпы снижена до 70 мкА. По данным рентгенографии обнаруживается расширение периодонтальной щели.

**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:

1. вирулентности микроорганизмов и их токсинов;
2. длительности воздействия раздражителей;
3. сопротивляемости пульпы;
4. общего состояния организма человека;
5. возраста пациента;
6. интенсивности кариеса;
7. 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, в частности, повреждение митохондрий вызывает снижение окислительно-восстановительных процессов. В результате повреждения и распада лизосом высвобождается боль­шое количество гидролитических ферментов, ферментов гликоли­за, липолиза, активируются процессы гидролиза, высвобождаются органические кислоты цикла Кребса, жирные кислоты, молочная кислота, аминокислоты. Это приводит к насыщению пульпы водо­родными ионами и увеличению осмотического давления.

После кратковременного сужения артериол происходит их рас­ширение, одновременно расширяются венулы и капилляры. Наблю­дается усиление кровотока, сгущение крови, 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, происходит его защелачивание, нарастает гипок­сия тканей. Защитная функция межуточного вещества резко сни­жается из-за изменения его структуры (пустоты чередуются с плот­ными участками). Появляются тяжелые нарушения в системе микроциркуляции, мелкие кровоизлияния. Происходит дезорганизация одонтобластов, их вакуолизация, кариопикноз, кариорексис и кариолиз.

Одновременно со стадией альтерации развивается и усугубля­ется стадия экссудации. В тканях пульпы нарастает отек, появляет­ся серозный экссудат, который в редких случаях может рассосать­ся, то есть воспаление приобретает обратное развитие, но чаще че­рез 6—8 часов от начала воспаления трансформируется в гнойный.

Образуется абсцесс пульпы, вокруг которого наблюдается серозное воспаление, стихающее к периферии. По дентинным трубочкам в кариозную полость частично выходит воспалительный транссудат, чем достигается снижение давления в полости зуба и стихание боли на какое-то время. Если абсцесс вскрывается в кариозную полость, то острое воспаление переходит в хроническое.

Другим исходом острого диффузного пульпита может быть ги­бель пульпы в результате выраженной гипертензии с последующи­ми необратимыми изменениями.

При переходе острого пульпита в хронический фиброзный по периферии абсцесса вначале образуется грануляционная ткань. В дальнейшем участок воспаленной пульпы подвергается фиброзно­му перерождению, что соответствует стадии пролиферации.

Острый пульпит может перейти в хронический гангренозный в случае попадания гнилостных микроорганизмов в полость зуба че­рез дренажное отверстие в дентине. Морфологически наблюдаются некроз поверхностного участка, прилежащего к кариозной полости, и разрастание грануляционной ткани в подлежащем слое. Участок некроза со временем распространяется на всю коронковую часть, а затем и корневую пульпу, что в конечном итоге приводит к разви­тию периодонтита.

В некоторых случаях острый пульпит может перейти в хрони­ческий гипертрофический, что чаще встречается в молодом возрас­те. В этом случае стадия пролиферации значительно преобладает над стадиями альтерации и экссудации. Участок абсцесса пульпы после вскрытия его в кариозную полость замещается грануляцион­ной тканью, которая в результате хронической травмы (температур­ной, механической, химической) разрастается в сторону кариозной полости. При попадании многослойного плоского эпителия со сли­зистой оболочки полости рта на эту ткань образуется полип пуль­пы.

Хронический гипертрофический пульпит может перейти в хро­нический гангренозный пульпит и в периодонтит.

Хронические формы пульпитов могут периодически давать обо­стрения, что наблюдается при механическом закрытии дренажного отверстия из полости зуба, снижении реактивности организма в ре­зультате острых и хронических общих заболеваний, стрессе. В пульпе наряду с изменениями, характерными для хронического воспаления (появление очагов склероза, фиброзных изменений, участков отложения солей), наблюдаются очаги острого воспаления: микро­абсцессы, явления отека и экссудации.

Таким образом, при различных формах пульпита явления аль­терации, экссудации и пролиферации присутствуют обязательно, но идет превалирование одного процесса над другим. Например, при острых формах пульпита превалируют явления экссудации, при хроническом гангренозном — альтерации, при хроническом гипер­трофическом — пролиферации.

# Характерное для хронического гангренозного пульпита

При хроническом гангренозном пульпите происходит распад коронковой и корневой пульпы на различных уровнях, что зависит от длительности процесса. В корневой пульпе на различной глуби­не отмечается демаркационный вал из грануляционной ткани, ниже которого пульпа находится в состоянии хронического воспаления фиброза. В со­хранившейся пульпе обнаруживается тромбоз мелких вен, склероз, фибриноидный некроз мелких артерий. Поверхностный слой пуль­пы, обращенный в сторону кариозной полости, частично некротизирован и изъязвлен. В области верхушечного периодонта наблю­даются воспалительные изменения мелких вен, в результате чего вы­являются изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме.

**ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

При лечении пульпита необходимо разрешить следующие проблемы:

1. устранить болевой симптом;
2. ликвидировать очаг воспаления в пульпе;
3. предохранить ткани периодонта от повреждения с целью предупреждения развития периодонтита;
4. восстановить анатомическую форму функцию зуба как органа.

Существующие методы лечения пульпитов:

* 1. С сохранением жизнеспособности пульпы.
		1. Биологический метод.
		2. Витальная ампутация.
	2. Удаление пульпы.
		1. Витальная экстерпация.
		2. Девитальная экстерпация.

Для лечения хронического гангренозного пульпита используют метод витальной экстерпации пульпы. Хронический гангренозный пульпит является абсолютным противопоказанием для биологического метода и витальной ампутации. При хроническом гангренозном пульпите противопоказано использовать мышьяковистую пасту, поэтому всегда проводят витальную экстерпацию.

Достоинства данного метода лечения:

1. отсутствие токсического воздействия на ткани периодонта препаратов мышьяка;
2. лечение проводится в один сеанс;
3. безболезненность манипуляций в зубе.

**ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ**

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 №2 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 ориентироватьпарал­лельно 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 №2. 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.

9. **Постановка постоянной пломбы.** Для реставрации депульпированных зубов рекомендуется использовать композитные плом­бировочные материалы, позволяющие восстановить зуб как полно­ценно функционирующий орган на долгие годы.

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**

20.12.2004. Общее состояние удовлетворительное. Больной жалуется на ноющие боли от различного рода раздражителей, главным образом от горячего. При сборе анамнеза установлено, что 45 зуб в прошлом сильно болел, затем боль прекратились. При осмотре зуба на его жевательной поверхности обнаружена глубокая кариозная полость, широко сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование пульпы безболезненно, при глубоком зондировании в устье канала определяется кровоточивость и болезненность. Перкуссия зуба безболезненна. Для уточнения постановки диагноза больному проведена прицельная внутриротовая рентгенография 45.

Диагноз: pulpitis chronica gangraenosa (хронический гангренозный 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 45. 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:**

* 1. Пульпит (клиника, диагностика, лечение). Л.М. Лукиных, Л.В. Шестопалова / Нижний Новгород. 1999.
	2. Терапевтическая стоматология. Е.В. Боровский / Москва. 1997.