Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Реферат

Тема: «Острые формы пульпита. Этиология, патогенез, клиника,
дифференциальная диагностика, лечение»

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности стоматология терапевтическая
Клемец Светлана Андреевна
Рецензент, к.м.н. Левенец Оксана Анатольевна

Красноярск, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Актуальность.....	3
Введение.....	3
Этиология.....	4
Патогенез.....	6
Классификация.....	8
Клиника.....	9
Диагностика.....	12
Дифференциальная диагностика.....	13
Лечение.....	19
Профилактика.....	21
Заключение.....	21
Список использованной литературы.....	22

Актуальность

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.

Введение

Воспаление пульпы зуба – частое заболевание, встречающееся в практике врача-стоматолога. По данным разных авторов, в структуре стоматологической помощи по обращаемости больные пульпитом составляют от 14 до 30%. Характер воспаления, его течение, динамика развития обычно тесно связаны, обуславливаются разными уровнями реактивности организма и протекают преимущественно с проявлениями, в которых преобладают процессы экссудации, альтерации или пролиферации. Варианты лечения пульпита зубов будут зависеть от особенностей развития процесса.

Этиология заболевания

Рассматривая физиологические и патофизиологические свойства пульпы с общих позиций, характерных для всей соединительной ткани организма, следует упомянуть о некоторых ее особенностях, влияющих на течение возникающего патологического процесса. Она в отличие от других тканей не покрыта эпителием и находится в замкнутом образовании из дентина. Одновременно пульпе присуща специфическая функция, которая свойственна только ей — дентинообразование. Такая функциональная анатомия обеспечивается комплексом защитно-приспособительных механизмов пульпы, что обуславливает особенности и характер течения воспалительных процессов в ней. Эти особенности приобретают важное значение в оценке резервных возможностей пульпы, особенно оценки выбора биологического или хирургического методов лечения отдельных форм пульпита в общепринятых его классификациях.

Среди большого разнообразия стоматологических заболеваний воспаление пульпы зуба занимает от 14 до 25%. Несмотря на особенности строения, специфичность локализации и функции пульпы, процесс воспаления в ней следует рассматривать с позиций, соответствующих общим патофизиологическим и морфологическим закономерностям развития патологических процессов в других структурах организма человека.

Характер воспаления, его течение, динамика развития обычно тесно связаны, обуславливаются разными уровнями реактивности организма и протекают преимущественно с проявлениями, в которых преобладают процессы экссудации, альтерации или пролиферации.

Воспаление пульпы всегда обусловлено попаданием инфекции в пульповую камеру. Это может происходить двумя путями: интрадентально (через коронку зуба) и ретроградно (через апикальное отверстие). Чаще всего пульпит является осложнением кариеса. Иногда он может быть следствием неправильных действий врача (обточка зуба под ортопедические конструкции,

некачественные пломбировочные материалы, оперативные вмешательства на пародонте, воздействие химических веществ). Также описаны случаи ретроградного пульпита (то есть инфицирование через апикальное отверстие зуба).

Различают три основные группы факторов, вызывающих пульпит:

1. Физические факторы:

- перегрев пульпы, например при препарировании зуба под коронку или препарирования кариозной полости без охлаждения;
- вскрытие полости зуба при препарировании кариозной полости;
- травматический перелом коронки зуба со вскрытием пульповой камеры;
- дентикли и петрификаты — медленно откладываются в тканях пульпы, могут раздражать её нервные окончания, сдавливать сосуды, нарушать микроциркуляцию, вызывать отёк, дискомфорт, что облегчает возникновение пульпита от действия остальных факторов;
- выраженная патологическая стираемость зубов, при наличии сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, остеопороз — замедляют откладывание третичного (компенсаторного) дентина, что ведёт к вскрытию пульповой камеры.

2. Химические факторы — всегда являются ятрогенными (обусловлены действиями врача):

- несоблюдение экспозиции травильного геля, необходимого для адгезии большинства композитных материалов и некоторых стеклоиономерных цементов;
- некачественное (неполное) смывание травильного геля;
- использование сильных антисептиков при медикаментозной обработке сформированной полости при лечении кариеса;
- токсическое действие пломбировочного материала.

3. Биологические факторы — непосредственное попадание инфекции в пульповую камеру:

- как осложнение кариозного процесса (в том числе при рецидивном кариесе, развивающимся под пломбой);
- проникновение микробов из кариозной полости через дентинные каналы после препарирования, при снятии оттиска под давлением;
- ретроградный пульпит — попадание микробов через апикальное отверстие при остеомиелите, сепсисе, через боковые ответвления корневого канала, после кюретажа глубоких пародонтальных карманов.

Патогенез

Воспалительная реакция в пульпе связана со сложными биохимическими, структурными и функциональными изменениями. Характер развития воспалительного процесса в пульпе определяется в первую очередь состоянием общей реактивности организма и может протекать как по гиперергическому, так и по гипорергическому типу иммунологических реакций. Кроме того, воспаление в пульпе зависит от характера раздражителя, особенно от вирулентности инфекционного фактора, воздействия токсинов и биохимически активных продуктов распада микроорганизмов на пульпу, степени реактивности ее, топографических и гистологических ее особенностей. Все эти факторы определяют разнообразие клинических проявлений и исход воспаления пульпы, неподатливыми стенками.

Поэтому воспаление в пульпе быстрее, чем в других тканях, приводит к ее сдавлению, венозному застою, нарушению трофики и некрозу. Специфика воспаления пульпы заключается в появлении в очаге воспаления вторичного или заместительного дентина, что связано с особенностями функции соединительной ткани пульпы. Независимо от этиологического фактора воспалительный процесс в пульпе, как и в других органах и тканях, имеет три

компонента: альтерацию - первичное повреждение и изменение тканей, экссудацию - нарушение кровообращения, особенно в микроциркуляторном русле, и пролиферацию - размножение клеточных элементов. Воспалительная реакция в пульпе усиливается в процессе экссудации и эмиграции клеточных элементов. Экссудат вначале, имеет серозный характер, затем серозно-гнойный и гнойный. Полиморфноядерные лейкоциты, которые накапливаются в воспалительном экссудате, также могут повреждать пульпу вследствие избыточного освобождения вазоактивных протеаз. Последние непосредственно или путем образования кининов вызывают деструктивные изменения в пульпе. В процессе экссудации усиливается отек ткани пульпы, усугубляются процессы тканевой гипоксии, анаэробного гликолиза и ацидоза. Нарушение оттока вследствие стаза в сосудах и их сдавления экссудатом, закупорки тромбами вызывает дальнейшее накопление органических кислот, усиливающих местный ацидоз. Образующиеся в большом количестве биологически активные вещества, раздражение нервных рецепторов пульпы за счет экссудации и повышения давления в полости зуба способствуют возникновению болевых ощущений, характерных для пульпита.

Состояние это обратимое, если устранить источник воспаления до того, как он достигнет силы, способной вызвать альтерацию ткани. Если действие повреждающих факторов продолжается, то выход и скопление лейкоцитов приводит к образованию в пульпе гнойных микроочагов, абсцессов и флегмон.

Классификация

В эндодонтии насчитывается несколько десятков систематизации заболеваний пульпы. Многочисленность их можно объяснить многообразием видов поражений пульпы, различием принципов их создания: по этиологии, клиническим проявлениям, патоморфологическим признакам и т. д. Сложность создания единой классификации поражений пульпы зависит и от несовершенства методов диагностики: расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов весьма значительно. Из клинико-анатомических классификаций наибольшей известностью пользуются систематики Е. М. Гофунга (1927), Е. Е. Платонова (1968), ВОЗ (1997).

Классификация Е.Е.Платонова (1968).

I. Острый пульпит

- 1) очаговый
- 2) диффузный.

II. Хронический пульпит

- 1) фиброзный
- 2) гангренозный
- 3) гипертрофический.

III. Обострение хронического пульпита

Международная классификация пульпита ВОЗ на основе МКБ-Х (1997 г.)

K04.0 Пульпит

K04.00 Начальный (гиперемия)

К04.01 Острый 14

К04.02 Гнойный

К04.03 Хронический

К04.04 Хронический язвенный

К04.05 Хронический гиперпластический (пульпарный)

К04.08 Другой уточненный пульпит

К04.09 Пульпит неуточненный

Клиника

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. Длительность болевого приступа составляет 10—20 минут, безболевые промежутки — несколько часов. Иррадиация боли отсутствует, поэтому пациент может точно указать беспокоящий его зуб.

При объективном обследовании выявляется глубокая кариозная полость. Дно и стенки полости плотные, зондирование болезненно в проекции больного участка пульпы. Полость зуба обычно не вскрыта, за исключением того случая, когда врач сам случайно вскрывает пульповую камеру при неосторожном препарировании дна кариозной полости. Реакция на холод резко болезненна, и после устранения раздражителя боль проходит не сразу. Характерно, что при остром очаговом пульпите вода с температурой 28—30°C

является достаточно сильным раздражителем. Перкуссия зуба безболезненна. ЭОД в проекции воспаленного рога пульпы 18—20 мкА, с другого бугра показатели ЭОД могут быть в норме.

Острый диффузный пульпит

Острый очаговый пульпит через 1—2 суток переходит в острый диффузный, при котором в воспаление вовлекается вся коронковая, а затем и корневая пульпа. При этой форме пульпита серозное воспаление быстро переходит в серозно-гнойное, а затем и в гнойное. В первые дни (1—2 суток) пациент жалуется на длительные самопроизвольные боли с достаточно длительными безболевыми промежутками. Холод провоцирует приступы боли.

В последующем по мере перехода в гнойное воспаление болевые приступы удлиняются, а «светлые» безболевыми промежутки становятся все короче. Иногда боль не исчезает полностью, а лишь затихает, то есть носит волнообразный характер. В этот период горячие раздражители провоцируют и усиливают боль, а холод может ее успокоить, что связано с сосудосуживающим эффектом. Больной часто не может указать причинный зуб. Характерна иррадиация боли по ходу 5-й пары черепно-мозговых нервов (в ухо, висок, глаз, затылок). Острый пульпит длится от 2 до 14 суток.

При осмотре врач видит глубокую кариозную полость. После некрэктомии, которая проводится экскаватором со стенок, так как стенки 16 кариозной полости при пульпите безболезненны, сообщение 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, и пациент испытывает облегчение. Перкуссия зуба болезненна, что объясняется раздражением периодонта и вовлечением его в экссудативный процесс. Переходная складка в области пораженного зуба не изменена. Надавливание пальцем на зуб боли не вызывает, в отличие от острых форм периодонтита, когда пациент ощущает боль даже при

дотрагивании до зуба языком. ЭОД— 30—45 мкА. На рентгенограмме изменения в области верхушки корня не выявляются. Острый гнойный пульпит является следствием вовремя невылеченного диффузного пульпита. Воспаление усиливается и сопровождается сильными самопроизвольными болями, которые практически не прекращаются. Тепло может усилить болевые ощущения, а холод, наоборот, успокоить. Иногда пульпит гнойный сопровождается повышением температуры тела.

Ретроградный пульпит

Отдельно следует сказать о ретроградном пульпите, который никак не проявляется на поверхности зубов. Инфицирование пульпы (как правило, нескольких зубов) происходит через верхушечное отверстие при патологических процессах в окружающих тканях при остеомиелите, хроническом остите, костных формах актиномикоза.

Длительное время заболевание протекает бессимптомно и выявляется только при диагностике с помощью рентгенограммы. Симптомы запущенного ретроградного пульпита сходны с симптомами острого гнойного пульпита.

Травматический пульпит

Травматический пульпит относится к группе неинфекционных пульпитов и встречается гораздо реже, чем инфекционные. Такой пульпит провоцируют травматические (удар по твердой ткани зуба, неправильное вскрытие кариозной полости и т.д.), медикаментозные (лекарства сильного действия, пересушивание обнаженного дентина) и токсические влияния. Проявления травматического пульпита схожи с острым инфекционным пульпитом. Больной зуб реагирует как на холодный, так и на горячий раздражитель. В зависимости от степени сложности, травматический пульпит лечится либо с сохранением пульпы зуба, либо с ее полным удалением.

Диагностика

Диагноз острого пульпита ставится стоматологом, исходя из данных анамнеза, инструментального осмотра полости рта, электроодонтодиагностики (ЭОД) пульпы зуба, рентгенографии (радиовизиографического исследования).

При остром серозном пульпите выявляется глубокая кариозная полость и болезненность области дна при зондировании; перкуссия зуба безболезненна.

При гнойной форме острого пульпита зондирование может быть безболезненно, а перкуссия зуба вызывать боль. ЭОД фиксирует постепенное снижение значения электровозбудимости; реодентография и лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) - изменение кровоснабжения пульпы зуба.

Дополнительно проводятся лабораторные исследования: анализы крови (клинический и биохимический, иммунологический); определение уровня иммуноглобулинов в ротовой жидкости.

Правильная диагностика острого пульпита очень важна, поскольку его симптомы схожи с симптомами других заболеваний. Врач-стоматолог ставит диагноз на основе:

- визуального осмотра ротовой полости;
- данных анамнеза;
- результатов рентгенодиагностики;
- результатов применения температурных и физических раздражителей.

Дифференциальная диагностика

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

Дифференциальная диагностика острого очагового пульпита и глубокого кариеса.

Общие признаки:

- 1) боли от всех видов раздражителей, особенно от холодного;
- 2) пациент точно указывает на больной зуб, иррадиация болей отсутствует;
- 3) имеется глубокая кариозная полость, полость зуба в обоих случаях не вскрыта.

Различия:

- 1) при остром очаговом пульпите боли могут возникать от более слабых раздражителей и не проходят сразу после устранения причины. Часто имеют место самопроизвольные боли с длинными безболевыми промежутками;
- 2) зондирование при остром очаговом пульпите резко болезненно в проекции воспаленного рога пульпы, а при глубоком кариесе менее интенсивная болезненность выявляется по дентиноэмалевой границе и всему дну кариозной полости.

Дифференциальная диагностика острого очагового и острого диффузного пульпитов.

Общие признаки:

- 1) боли от всех видов раздражителей;
- 2) самопроизвольные боли, особенно в ночное время;
- 3) наличие глубокой кариозной полости;
- 4) полость зуба не вскрыта.

Различия:

1) при остром очаговом пульпите боли чаще возникают от холодного, а при остром диффузном пульпите при переходе в гнойную стадию боли появляются преимущественно от горячего. Холод боль успокаивает;

2) при остром очаговом пульпите безболевые промежутки гораздо длиннее болевых, а при остром диффузном пульпите самопроизвольные боли длительные (до нескольких часов), а «светлые» промежутки короткие;

3) острый очаговый пульпит существует не более 1—2 суток, а острый диффузный пульпит — до 14 суток;

4) при остром очаговом пульпите иррадиации боли нет, а острый диффузный пульпит протекает с иррадиацией болей, поэтому пациент не может точно указать больной зуб;

5) зондирование при остром очаговом пульпите болезненно в проекции воспаленного рога пульпы, при остром диффузном пульпите — по всему дну;

6) перкуссия при остром очаговом пульпите безболезненна, при остром диффузном — болезненна;

7) показатели ЭОД при остром очаговом пульпите — до 20 мкА, при остром диффузном — до 30—45 мкА.

Дифференциальная диагностика острого очагового и хронического фиброзного пульпитов.

Общие признаки:

1) длительные боли, возникающие от раздражителей, особенно от холодного;

2) зондирование дна кариозной полости болезненное в одной точке.

Различия:

1) при остром очаговом пульпите возникает самопроизвольная боль, что не характерно для хронического фиброзного пульпита, при котором самопроизвольная боль может возникнуть только при обострении процесса воспаления пульпы;

2) при остром очаговом пульпите (за исключением травматического) нет сообщения кариозной полости с пульповой камерой. При хроническом фиброзном пульпите после проведенной некрэктомии оно, как правило, обнаруживается;

3) показатели ЭОД при остром очаговом пульпите — до 20 мкА, а при хроническом фиброзном — до 35—40 мкА;

4) из анамнеза при остром очаговом пульпите не выявляются самопроизвольные боли в прошлом, в отличие от хронического фиброзного пульпита;

5) острый очаговый пульпит существует 1 — 2 суток, а хронический фиброзный — до нескольких лет. Если пульпит обнаружен при профилактических осмотрах, то он, как правило, является хроническим.

Дифференциальная диагностика острого очагового пульпита и папиллита.

Острый очаговый пульпит необходимо дифференцировать с папиллитом, при котором всегда выявляется гиперемированный десневой сосочек, кровоточащий при легком зондировании. Показатели ЭОД рядом стоящих зубов в норме. При папиллите боли не связаны с температурными и химическими раздражителями. Они больше зависят от попадания пищи между зубов и механической травмы зубодесневого сосочка.

Острый диффузный пульпит необходимо дифференцировать с острым очаговым пульпитом, хроническими формами пульпита в стадии обострения, острым и хроническим обострившимся периодонтитом, невралгией тройничного нерва, гайморитом, луночковой болью при альвеолите, перикоронаритом и затрудненным прорезыванием зуба мудрости.

Дифференциальная диагностика острого диффузного и хронических обострившихся форм пульпита.

Общие признаки:

- 1) самопроизвольная боль со «светлыми» промежутками, усиливающаяся от температурных раздражителей;
- 2) иррадиация болей;
- 3) сравнительная перкуссия болезненна.

Различия заключаются в том, что при обострившихся формах хронического пульпита выявляется:

- 1) в анамнезе уже имелись самопроизвольные боли;
- 2) при осмотре кариозной полости обнаруживается сообщение с пульповой камерой, болезненное при зондировании;
- 3) в 30% случаев на рентгенограмме выявляется расширение периодонтальной щели.

Все эти признаки отсутствуют при остром диффузном пульпите. Следует также учитывать, что острый пульпит возникает у людей с хорошей реактивностью организма и при компенсированной форме кариеса. Таким образом, можно сделать вывод, что в практике стоматолога чаще встречаются хронические формы пульпитов и их обострения.

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

Общий признак — продолжительная боль.

Различия:

- 1) при остром диффузном пульпите боль периодическая, а при острых формах верхушечного периодонтита она постоянная, нарастающая во времени, так как идет скопление экссудата в замкнутом пространстве периодонтальной щели, без «светлых» промежутков;

2) при остром диффузном пульпите полость зуба обычно не вскрыта, а при периодонтите имеется сообщение с пульповой камерой, безболезненное при зондировании;

3) при остром диффузном пульпите пальпация по переходной складке в области проекции больного зуба безболезненна, а при острых формах периодонтита — болезненна;

4) при остром диффузном пульпите перкуссия может быть лишь слабоболезненной, а при острых формах периодонтита до зуба больно дотронуться даже языком;

5) при остром диффузном пульпите пациент не может точно указать больной зуб из-за иррадиации боли, в отличие от острых форм периодонтита;

6) при остром диффузном пульпите температурные раздражители провоцируют боль, а при острых формах периодонтита болевая реакция на температурные раздражители отсутствует;

7) на рентгенограмме при остром диффузном пульпите изменения в периодонте не обнаруживаются, а при острых формах периодонтита (за исключением острого периодонтита в стадии интоксикации) выявляются расширение периодонтальной щели или деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба;

8) показатели ЭОД при остром диффузном пульпите всегда меньше 100 мкА, а при периодонтите — более 100 мкА.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и невралгии тройничного нерва.

Общий признак — приступообразная боль со «светлыми» промежутками.

Различия:

1) при невралгии химические и холодовые (температурные) раздражители, как правило, не провоцируют приступ боли; боль

возникает от различных движений мышц лица и при прикосновении к «курковым» зонам — местам выхода ветвей тройничного нерва;

2) при невралгии боль редко возникает ночью, в отличие от пульпита;

3) в результате обследования зубного ряда не выявляются зубы, которые могут давать приступообразные боли.

Если на данной стороне имеются зубы с кариозными полостями, под пломбами либо под коронками и глубокими пародонтальными карманами, то, прежде чем поставить диагноз невралгии тройничного нерва, необходимо провести тщательное обследование зубов и пародонта (опрос, осмотр, перкуссия, зондирование, пальпация, ЭОД, рентгенография) с последующей санацией. Ретроградный пульпит при заболеваниях пародонта, кариозная полость в зубе, покрытом коронкой, зуб с некачественно проведенным эндодонтическим лечением могут привести к ошибочному диагнозу невралгии тройничного нерва.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и гайморита.

Общий признак — ноющая боль в челюсти.

Различия заключаются в том, что при гайморите:

1) страдает общее состояние, появляется головная боль, быстрая утомляемость, повышается температура;

2) боль усиливается при наклоне головы и резкой смене положения;

3) имеются выделения из носа;

4) характерна рентгенографическая картина гайморовых пазух;

5) температурные раздражители боль в зубах не провоцируют; отмечается постоянная, разлитая, ноющая, умеренной интенсивности боль.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и луночковой боли при альвеолите.

Общий признак — боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва.

Различия заключаются в том, что при альвеолите:

- 1) всегда имеется лунка удаленного зуба с распавшимся кровяным сгустком;
- 2) боли имеют постоянный характер и не связаны с действием температурных раздражителей;
- 3) пальпация десны в области лунки резко болезненна;
- 4) после кюретажа лунки и противовоспалительного лечения боль проходит.

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

Общий признак — ноющая боль в челюсти.

Различия заключаются в том, что при перикоронарите и затрудненном прорезывании зуба мудрости наблюдаются:

- 1) затрудненное открывание рта (тризм);
- 2) болезненная пальпация в данной области десны;
- 3) при осмотре выявляется отечная воспаленная десна в проекции зуба мудрости;
- 4) рентгенография выявляет зуб мудрости в стадии прорезывания.

Лечение

Биологический (консервативный) метод лечения пульпита направлен на снятие воспаления в пульпе с помощью лекарственных средств и методов физиотерапии без удаления пульпы. Знание врача-стоматолога показаний и методик проведения биологического метода позволяет купировать воспаление в пульпе, стимулировать дентинообразование, сохраняя надежный биологический барьер от проникновения микроорганизмов в ткани периодонта, оставляя его интактным.

При частичном удалении пульпы под анестезией (метод витальной и глубокой витальной пульпотамии) с последующим сохранением оставшейся ее части в корневых каналах формируется биологический барьер для проникновения микроорганизмов в периодонт. Знание показаний врача-стоматолога, устранить болевой синдром, ликвидировать очаг воспаления, сохранить периодонт интактным и способствовать формированию корня при несформированных зубах.

Метод витальной пульпэктомии основан на удалении всей пульпы под обезболиванием. Знание показаний к применению и методики проведения позволит врачу-стоматологу провести лечение пульпита в одно посещение без боли, ликвидировать болевой синдром, устранить очаг инфекции, препятствуя ее дальнейшему распространению.

Метод девитальной пульпэктомии использование девитализирующих средств не является современным методом лечения пульпитов, но в некоторых случаях необходимый и единственно возможный метод. Знание показаний, методики проведения девитальной пульпэктомии позволяет врачу-стоматологу использовать этот метод, устранив болевой синдром и препятствовать распространению инфекции в периодонт.

Комбинированные методы лечения пульпита (витальная пульпотомия и пульпэктомия, девитальная пульпотомия и пульпэктомия).

Знание этих методов, правильное и добросовестное проведение всех этапов эндолечения врачом-стоматологом обеспечивает сохранение, и функционирование зуба на протяжении определенного периода времени, иногда нескольких десятков лет.

Профилактика

Исход острого пульпита зависит от характера и распространенности воспалительного процесса в пульпе. Это может быть регенерация пульпы - при асептическом серозном пульпите или некрозе пульпы с развитием одонтогенной инфекции, либо переход в хроническую форму - при гнойном диффузном воспалении. При лечении острого пульпита – прогноз, как правило, благоприятный.

Профилактика острого пульпита заключается в своевременном выявлении и лечении кариозных очагов в зубах, соблюдение правил препарирования зубов.

Заключение

Пульпит является частым исходом нелеченного кариозного процесса и возникает при инфицировании глуболежащей ткани зуба – пульпы. Процесс может протекать в острой или хронической форме, вызывать развитие осложнений.

Лечение пульпита осуществляют консервативным или хирургическим путями, кроме того, применяют и методики физиолечения. Их целью является устранить болевой и невропатический синдромы, купировать воспалительный процесс, ликвидировать в полости зуба и других его структурах микроорганизмы и, при необходимости, ускорить процесс некротизирования пораженной пульпы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровский Е.В., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. с соавт. «Терапевтическая стоматология», М., Медицина, 2013. – С. 310
2. Терапевтическая стоматология. Часть 1. Болезни зубов /под редакцией Е.А. Волкова и О.О. Янушевича. – Учебник. – М., «ГЭОТАР – Медиа», 2013. – 236 с.
3. Терапевтическая стоматология /под редакцией проф. Е.В. Боровского. – Учебник. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 800 с.
4. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям. Учебное пособие, М.: ГЭОТАР–Медиа, 2011. – 459 с.
5. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие. – 9-е изд. – М.: МЕДпресс–информ. – 2010. – 928 с.