

Пульпит. Хронические формы пульпита.
Клиника. Диагностика. Лечение. Методы
девитальной экстирпации и девитальной
ампутации.

Кафедра терапевтической стоматологии
Зав. каф. Доцент, к.м.н. Копецкий И.
С.

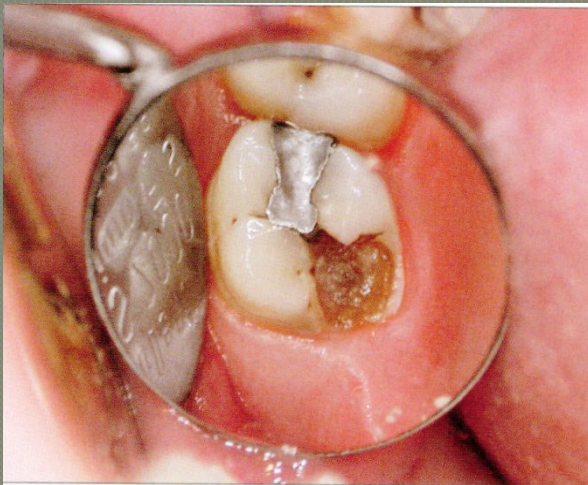


Хронические формы пульпита:

- **Хронический фиброзный пульпит**
(Pulpritis chronica fibrosa)
- **Хронический гипертрофический пульпит**
(Pulpritis chronica hypertrophica)
- **Хронический гангренозный пульпит**
(Pulpritis chronica gangraenosa)
- **Хронический конкрементозный пульпит**
(Pulpritis chronica concrementosa)

(Pulpitis chronica fibrosa)

- При хроническом фиброзном пульпите в зубе ощущается постоянная тяжесть. Боль же появляется в ответ на действие термических, химических и механических раздражителей, интенсивность которых обычно связана с топографией кариозной полости.



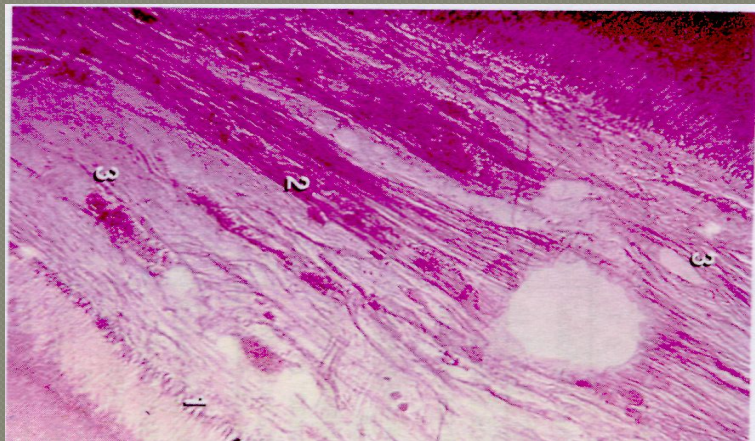
- Хроническое воспаление пульпы может возникнуть в закрытой полости зуба, минуя острую стадию. У таких пациентов боль ноющая, тянущая, усиливающаяся от различных раздражителей, медленно успокаивается после устранения раздражителя. Характерным признаком этой формы воспаления является возникновение ноющей боли при изменении окружающей температуры



- При хроническом пульпите, который протекает при открытой полости зуба, в анамнезе можно установить наличие острой боли ранее, затем ее уменьшение и сохранение лишь при накусывании на зуб. При объективном обследовании обычно видна глубокая кариозная полость, дентин размягчен. Видна оголенная пульпа серовато-бурого цвета, несколько отечна или бледно-розовая с синюшным оттенком. Зондирование пульпы вызывает нерезкую боль и незначительное кровотечение, которое постепенно проходит. Реакция на перкуссию, как правило, безболезненна. Электровозбудимость пульпы снижена.



Хронический фиброзный пульпит.



- 1 - слой одонтобластов истончен;
- 2 - фиброз коллагеновых волокон;
- 3 - гиалиноз стенок сосудов

Хронический гипертрофический пульпит

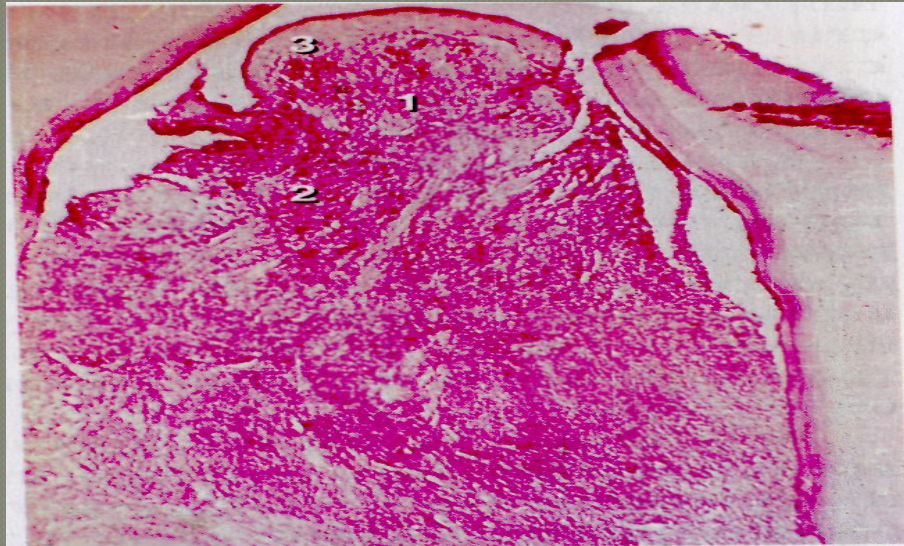
- гранулирующая форма, при которой камера пульпы всегда раскрыта, из нее вырастает набухшая кровоточащая грануляционная ткань. Болевой симптом выявляется слабо.
- образование «полипа» пульпы представляет собой более позднюю стадию. Поверхность округлого образования имеет красно-серый цвет, эпителиальный покров плотно спаян с подлежащей тканью. Обводя вокруг «полипа» зондом (определение «зоны роста»), можно убедиться в его связи с пульпой



- Рентгенографически можно выявить расширение периодонтальной щели в области верхушки корня. Хронический гипертрофический пульпит следует дифференцировать от десневого полипа, который образуется при разрастании десневого сосочка, заполняя кариозную полость, а также от врастания периодонтальных тканей при перфорации дна пульповой полости, допущенной врачом при лечении в прошлом.



Хронический гипертрофический пульпит.

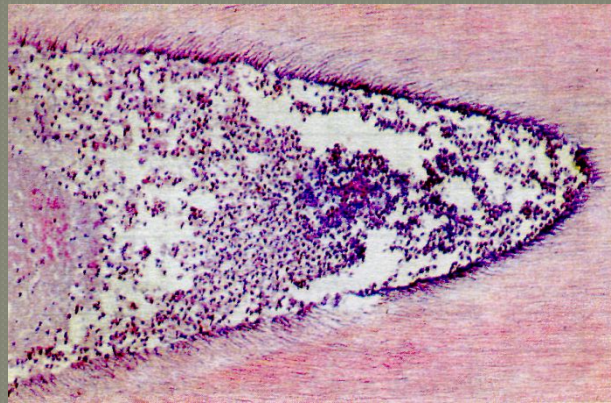


- 1 - полость зуба заполнена полипозным разрастанием пульпы;
- 2 - в грануляционной ткани очаги мелкоклеточной инфильтрации;
- 3 - верхушка полипа покрыта многослойным плоским эпителием.

Хронический гангренозный пульпит (Pulpitis chronica gangraenosa)

- Развивается из гнойного или хронического фиброзного пульпита при попадании в пульпу гнилостных бактерий. Самопроизвольная боль отсутствует, когда пульпит протекает при открытой полости зуба. Неприятное ощущение расширения в зубе является постоянным признаком гангренозного пульпита. Болевые явления обычно медленно возникают под влиянием тепловых раздражителей, при приеме горячей пищи и продолжаются недолго.
- Самопроизвольная боль возникает и наблюдается тогда, когда полость зуба закрыта, что обычно снижает условия оттока продуктов воспаления и приводит к обострению процесса. Объективно полость зуба у большинства больных открыта и заполнена продуктами распада пульпы с неприятным запахом. Реакция на поверхностное зондирование отсутствует. Глубокое зондирование вызывает резкий, но непродолжительный болевой приступ. ЭОД пульпы снижена сначала до 40-60 мкА, затем до 60-80 мкА.
- Хронический гангренозный пульпит чаще других форм воспаления сопровождается патологическими изменениями апикального периодонта. На рентгенограмме можно выявить расширение периодонтальной щели и деформацию ее.

Хронический гангренозный пульпит.



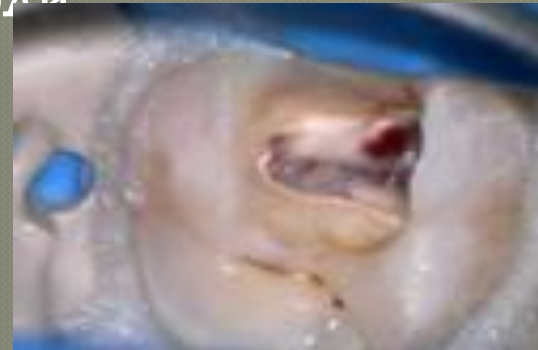
Коронковая часть пульпы представлена бесструктурной массой в виде зернистого распада и микроорганизмов.

Хронический конкрементозный пульпит (Pulpitis chronica concrementosa)

- Причиной этой формы пульпита являются дентиклы или петрификаты, которые образуются в ткани пульпы вследствие активного процесса кальцификации.
- Дентиклы — это специфические образования различной формы и величины, которые отличаются по местоположению: свободнолежащие, расположенные в самой пульпе; пристеночные, связанные со стенкой дентина; интерстициальные, расположенные в самом дентине.
- По генезу и структуре дентиклы делятся на высокоорганизованные и низкоорганизованные: первые состоят из канализированного, вторые из неканализированного дентина. В центральной части дентиклей находится участок более минерализованной ткани, так называемое ядро аморфных минеральных солей.

Жалобы

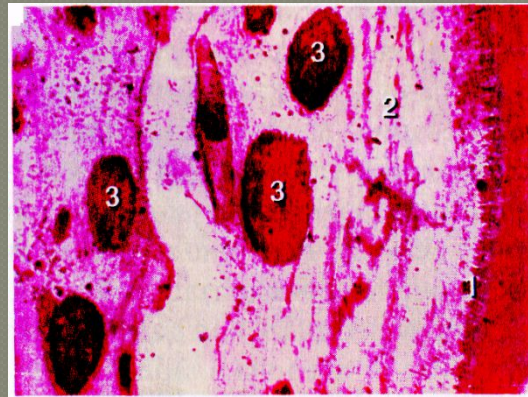
- на самопроизвольную приступообразную острую боль, иррадирующую по ходу ветвей тройничного нерва. Характерна ночная боль. Конкрементозный пульпит клинически сходен с невралгией тройничного нерва, Болевой приступ чаще появляется ночью и он продолжительнее, чем при невралгии. От боли при невралгии эта боль отличается интенсивностью и медленной, постепенной нарастающей частотой приступов. Во время приступов отсутствуют признаки раздражения вегетативной нервной системы, свойственные невралгии ветвей тройничного нерва. Хотя при невралгии тройничного нерва зуб с наличием конкрементов иногда может быть курковой зоной. Перкуссия такого зуба может провоцировать появление приступообразной боли



- Часто конкрементозный пульпит возникает в зубах с повышенной стираемостью твердых тканей, либо в зубах, леченных в прошлом по поводу кариеса, конкрементозный пульпит обнаруживается у лиц, страдающих пародонтозом. Важным диагностическим признаком конкрементозного пульпита является слабо выраженная болезненная реакция такого зуба на перкуссию. В связи с этим целесообразно проводить сравнительную перкуссию с заведомо здоровым зубом. Иногда резкая смена положения головы может вызвать появление приступообразной боли. Окончательный диагноз подтверждается данными рентгенологического исследования, определяющими наличие дентикла.



Хронический конкрементозный пульпит.

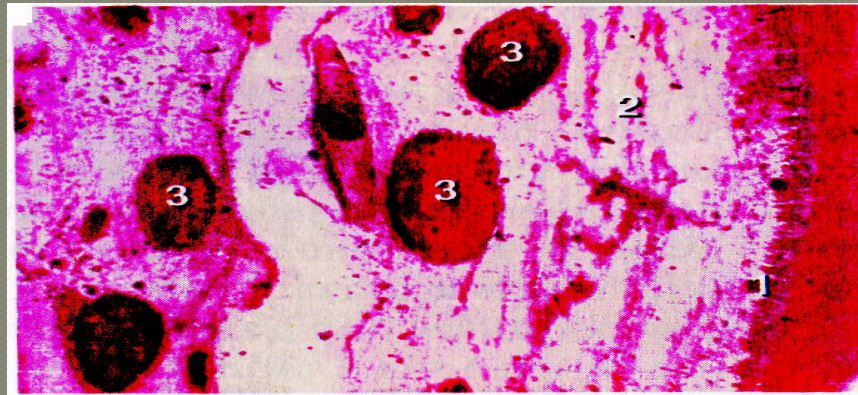


- 1 - слой одонтобластов истончен;
- 2 _ ретикулярная дистрофия пульпы;
- 3 - петрификаты разной формы и величины, интенсивно окрашенные гематоксилином, расположенные по ходу сосуда.

ОБОСТРИВШИЙСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ

- Наиболее склонны к обострению хронический фиброзный пульпит, протекающий при закрытой полости зуба, реже обостряется гангренозный пульпит. Признаком обострения является появление самопроизвольной боли, усиливающейся ночью и от различных раздражителей. Такая форма пульпита ошибочно диагностируется как острый пульпит, что может привести к неправильному выбору метода лечения. В постановке диагноза большую роль играет анамнез, длительность заболевания, данные объективного исследования - состояние дна кариозной полости, свода полости зуба, зондирование, данные термометрии, электрометрии. Электровозбудимость пульпы снижена до 60-80 мкА. Рентгенологически можно выявить деформацию или расширение периодонтальной щели в области верхушки.

Обострившийся хронический пульпит.



- 1 -отек в слое одонтобластов, прилежащем к заместительному дентину; 2-сосуды резко расширены, заполнены, кровью;
- 3 - кровоизлияния;
- 4 - лейкоцитарная инфильтрация.

ПУЛЬПИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРИОДОНТИТОМ

(острым, хроническим или обострившимся)

Пульпит на определенной стадии своего развития может осложняться различными формами периодонтита. Чаще осложняется острый диффузный пульпит, гнойный пульпит.

- При пульпите, осложненном острым периодонтитом, основными жалобами являются: иррадирующая боль, возникающая произвольно и усиливающаяся от различных раздражителей, особенно ночью; боль имеет нарастающий, пульсирующий характер, усиливается при накусывании на зуб; светлые промежутки между болевыми приступами почти отсутствуют.
- Объективное исследование выявляет в зубе кариозную полость, не сообщающуюся с полостью зуба. При раскрытии полости зуба обнаруживают воспаленную пульпу, кровоточащую и очень болезненную при зондировании. Перкуссия этого зуба резко положительна. Мягкие ткани, окружающие зуб, отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации, переходная складка сглажена. Рентгенологически - патологические изменения в периодонте отсутствуют. Такое сочетание клинических признаков обычно наблюдается при пульпите, осложненном острым фокальным периодонтитом.

ДЕВИТАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА

- Сущность метода - удаление корешковой или коронковой и корневой пульпы с предварительной ее девитализацией.
- Девитализация - это деструкция практически всех структур ткани пульпы с полным нарушением ее функции, в том числе ее болевой чувствительности.

Девитализация применяется в тех случаях, если невозможно применить витальный метод лечения.

- Это: сенсбилизация организма к анестетикам, боязнь пациента различных инъекций, неэффективность неинъекционных методов обезболивания, неудачи витального метода (недостаточное обезболивание на этапах выполнения витального метода); у лиц,отягощенных общими тяжелыми заболеваниями.

- В настоящее время мышьяковистая паста выпускается дозировано, в виде гранул различного цвета в зависимости от необходимых сроков наложения пасты (зеленый, синий и др.). Иногда в состав мышьяковистой пасты вводят наполнитель в виде ниточек разного цвета (или ваты) для облегчения дозировки (Pulparsen, Causticin и др.).
- Менее токсическими свойствами обладает параформальдегидная паста. В ее состав как основной действующий агент входит параформальдегид - продукт полимеризации формальдегида. Он обладает выраженным бактерицидным действием.



Девитальная пульпотомия (ампутация пульпы)

- Показаниями к пульпотомии : воспаления пульпы, возраст больного и топографо-анатомическими особенностями корней зубов. В некоторых случаях ампутация пульпы бывает вынужденной мерой вследствие, например, непроходимости корневых каналов, затрудненного открывания полости рта, тяжелого общего состояния пациента.
- Для повышения эффективности этого метода лечения были сделаны попытки обоснования линии ампутации пульпы, т. е. на каком уровне ее проводить. Так, С.И.Вайс (1965) считал, что под действием мышьяковистой пасты в пульпе возникают участки некроза, мумификации и метаплазии пульпы в цементоидную или остеоидную ткань, поэтому ампутацию он рекомендует проводить до участка мумификации пульпы. И.Г. Лукомский (1960) обосновал уровень ампутации в зависимости от преобладания того или иного типа кровеносных сосудов в корневой и коронковой пульпе (артериолы, прекапилляры и капилляры). Он рекомендовал проводить ампутацию по линии преимущественного размещения прекапилляров и их перехода в капилляры, т.е. на глубине устья каналов.

Методика девитальной пульпотомии (ампутации)

- Этот метод рассчитан на 2 посещения.

В первое посещение при лечении методом девитальной ампутации выполняют следующие основные этапы.

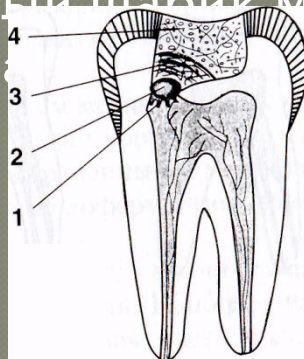
- Первый этап. Туалет полости рта. Премедикация.
- Второй этап. Препарирование кариозной полости.
- Вследствие резкой болезненности все манипуляции по препарированию кариозной полости, используя аппликационное обезболивание, проводят максимально осторожно, не причиняя страдания пациенту.



- После раскрытия кариозной полости удаляют размягченный дентин поэтапно, вначале со стенок полости острым экскаватором или шаровидным бором, а затем со дна кариозной полости, периодически используя аппликационный анестетик. В случаях острого диффузного пульпита необходимо обязательно раскрыть полость зуба хотя бы в одной точке. Такая связь полости зуба с кариозной снимает или уменьшает внутрипульпарное давление, создает условия для выхода экссудата из пульпы. Это также обеспечивает проникновение девитализирующего агента в пульпу. Лучше всего это сделать в проекции рога пульпы шаровидным бором большого размера, чтобы не провалиться в полость зуба и не травмировать пульпу. Затем кариозную полость осторожно промывают теплым раствором антисептика, высушивают и пломбируют париком.



- Третий этап. Наложение девитализирующей пасты. Поместив отобранное количество пасты на кончик зонда или экскаватора, ее вводят в кариозную полость и помещают на дно около проекции рога пульпы. Если сделано перфорационное отверстие, то пасту накладывают рядом с ним и ватным шариком осторожно перемещают на раскрытый рог пульпы.
- Действуя на пульпу, девитализирующая паста раздражает ее, усиливает экссудацию, повышая чувство боли. Для ее уменьшения пасту покрывают сухим ватным шариком, который поглощает излишек экссудата из пульпы и таким образом уменьшает внутрипульпарное давление. С этой же целью ватный шарик можно дополнительно слегка смочить раствором



- Кариозную полость герметически закрывают пастой из искусственного водного дентина. Его замешивают до сметаноподобной консистенции и осторожно, без давления, накладывают в полость. Дентин-пастой пользоваться нецелесообразно, поскольку в случае ее введения она давит на пульпу, создает компрессию, тем самым вызывая болевой приступ.



Второе посещение

- 1. Удаление повязки.
- 2. Полное препарирование кариозной полости.
- 3. Раскрытие полости зуба.
- 4. Ампутация (пульпотомия) коронковой пульпы острым экскаватором или шаровидным бором.
- 5. Раскрытие устьев каналов и резекция пульпы из устьев каналов копьевидными борами или бором Gates-Glidden.
- 6. Антисептическая обработка культи пульпы и полости зуба орошение раствором фурацилина 1:1000, 1% раствором хлоргексидина и др.
- 7. Высушивание полости зуба и покрытие культи пульпы лечебной пастой, характер которой зависит от формы пульпита, возраста и состояния больного.
- 8. Закрытие зуба временной, затем постоянной пломбой.



Пломбировка пастой метапекс.

Девитальная пульпэктомия (экстирпация пульпы)

- - это метод полного удаления пульпы после предварительной ее девитализации.
- Девитальную экстирпацию применяют при всех формах воспаления пульпы, которое заканчивается полной потерей ее сопротивляемости, пластической способности и наступлением необратимых изменений (деструкции) в ней.
- Девитальную экстирпацию осуществляют в два посещения: при первом - девитализируют пульпу, при втором - проводят ее полное удаление - экстирпацию.
- Первое посещение
- Первый этап. Туалет полости рта, обезболивание (аппликационное, прием анальгетиков, успокаивающих препаратов, аудиоанестезия и др).
- Второй этап. Частичное препарирование кариозной полости, вскрытие полости зуба, наложение девитализирующей пасты и герметической повязки. Ввиду резкой болезненности пульпы удаление размягченного дентина можно проводить острым экскаватором. Препарирование кариозной полости проводят частичное с целью обеспечения хорошего доступа к пульпе и создания условий для фиксации герметической повязки.

- Обязательным условием при лечении острого пульпита является вскрытие рога пульпы. Полость зуба вскрывают острым экскаватором или шаровидным бором путем послойного снятия размягченного дентина со дна кариозной полости в проекции рога пульпы. Если после вскрытия полости зуба возникает сильная боль, в кариозную полость следует внести анестетик на ватном шарике. При вскрытии полости зуба создаются условия для оттока воспалительного экссудата, что приводит к уменьшению боли, особенно при остром гнойном пульпите. После прекращения боли на участок вскрытой полости зуба зондом наносят девитализирующую пасту, затем на нее кладут ватный тампон, слегка смоченный анестетиком, и полость зуба закрывают герметической повязкой (искусственный дентин на воде), которую накладывают осторожно без давления. При наложении мышьяковистой пасты следует обратить особое внимание на герметизацию кариозной полости, чтобы мышьяковистая кислота не просочилась между повязкой и стенкой кариозной полости. При негерметично наложенной повязке мышьяковистая кислота может вызывать токсический папиллит или локализованный пародонтит. Пасту накладывают на 24 ч в однокорневых и на 48 ч - в многокорневых зубах.

Второе посещение.

- *Первый этап.* После опроса и объективного обследования пациента герметическую повязку удаляют и проводят окончательное препарирование кариозной полости.
- Чтобы уберечь себя от ошибок, прежде чем перейти к раскрытию полости зуба, необходимо точно знать ее топографию. Отсутствие знаний анатомии полости зуба, ее очертаний и глубины может быть причиной перфорации либо удаления большого количества дентина. Кариозные полости, расположенные на контактных поверхностях резцов и клыков, следует перевести на язычные поверхности, в премолярах и молярах такие полости переводят на жевательную поверхность, после чего производят вскрытие зуба.

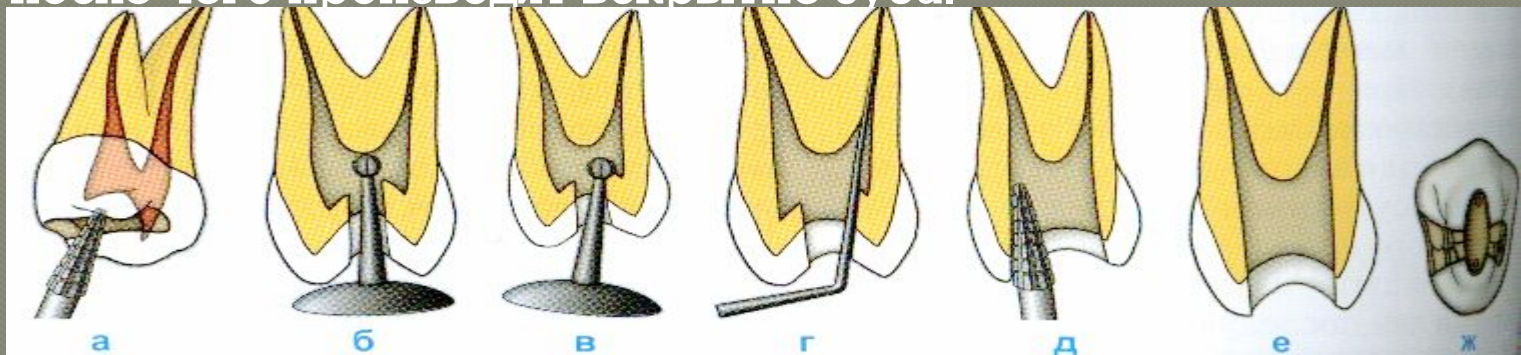


Рис. 3.36. Обеспечение доступа к корневым каналам первого верхнего премоляра с кариозной полостью I класса по Блэку: а — вскрытие полости зуба; б, в — удаление нависающих краев; г — идентификация корневых каналов; д — сглаживание краев полости; е, ж — вид раскрытой полости.

- *Второй этап.* Раскрытие полости зуба. Свод полости зуба срезают фиссурным бором, стенки кариозной полости должны переходить в стенки полости зуба.
- *Третий этап.* Ампутация пульпы зуба (пульпотомия). Ампутацию пульпы проводят острым экскаватором или шаровидным бором в премолярах и молярах. Правильно проведенная ампутация обеспечивает хороший обзор операционного поля: должны быть видны устья каналов с находящейся в них серовато-красной пульпой.
- *Четвертый этап.* Раскрытие устьев каналов и удаление устьевой части пульпы выполняют копьевидным бором или борами типа Gates-Glidden.
- *Пятый этап.* Экстирпацию корневой пульпы (пульпэктомия) осуществляют пульпэкстрактором, длина и размер которого должны соответствовать размерам корневого канала леченого зуба.



- Шестой этап. Медикаментозная и инструментальная обработка корневых каналов.
- Для медикаментозной обработки корневых каналов после экстирпации пульпы девитализированной мышьяковистой пастой применяют растворы йода, унитиол для обезвреживания остатков мышьяка, затем промывают каналы 0,5% раствором фурацилина, 0,1% раствором хлоргексидина и др.
- Инструментальную обработку каналов проводят в полном объеме по общепринятым технологиям.

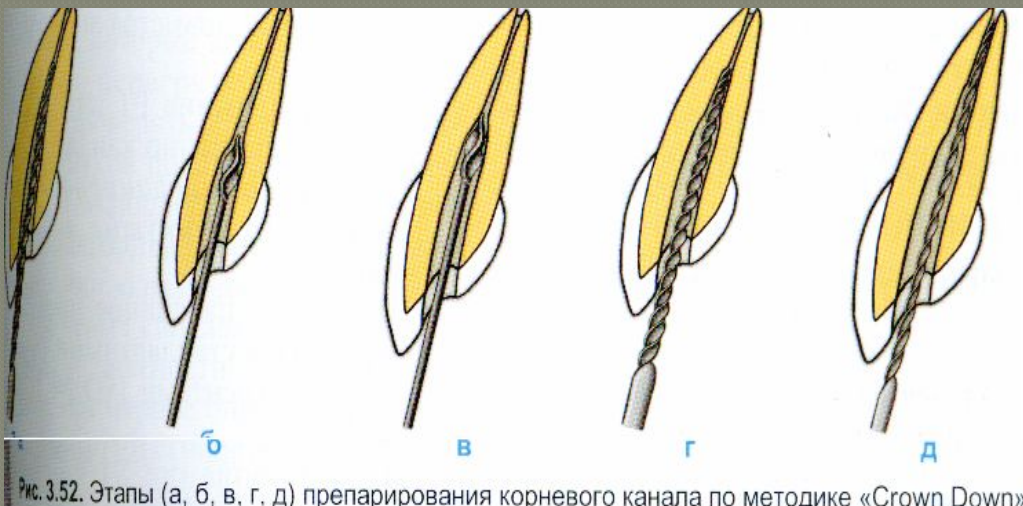
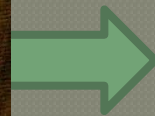
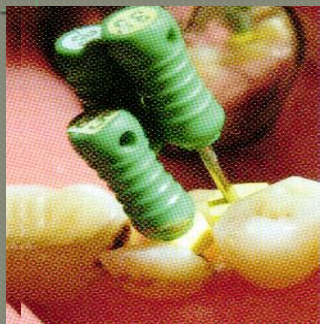


Рис. 3.52. Этапы (а, б, в, г, д) препарирования корневого канала по методике «Crown Down»

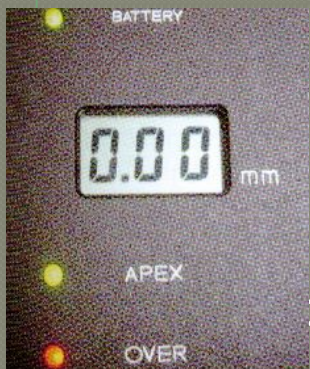


Рис. 3.48. Промывание каналов с помощью эндодонтического шприца.

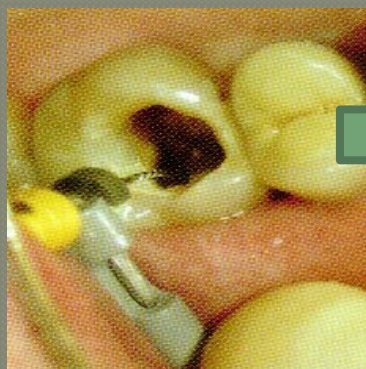
- *Седьмой этап.* Пломбирование корневых каналов и полости зуба.
- *Восьмой этап.* Пломбирование кариозной полости



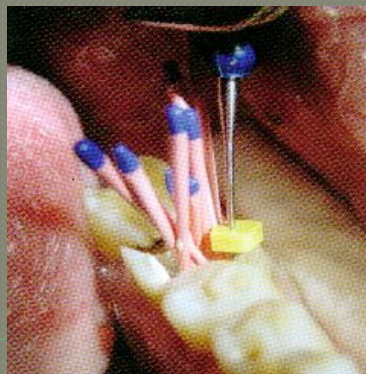
Определение рабочей



да



Использование апекс-



Спасибо за внимание.

