

Тесты кафедры анатомии человека МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Министерство высшего и среднего специального образования Республики  
Узбекистан

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ташкентский государственный стоматологический институт

История болезни

На тему: «Острый очаговый пульпит 23-го зуба»

Врач: Бахрамова Ф.Н.

Куратор: Бекжанова О.Е.

Ташкент, 2016

План

1. Паспортная часть
2. Жалобы
3. Anamnesis morbi
4. Anamnesis vitae
5. Внешний осмотр
6. Клинический диагноз
7. Этиология острого очагового пульпита
8. Патогенез острого очагового пульпита
9. Клинико-диагностическая характеристика пульпитов
10. Клиническая картина острых пульпитов
11. Дифференциальный диагноз
12. Методы лечения пульпита
13. Ошибки и осложнения при лечении пульпита и пути их устранения
1. Паспортная часть

ФИО: Салиева С.К.

Пол: Женский

Возраст: 20 лет, 04.03.1996г

Образование: Среднее

Профессия: студентка

Семейное положение: Замужем

Домашний адрес: Юнусабадский р-н Ц5-79-17

Дата обращения в поликлинику: 27.04.2016г

2. Жалобы

На момент поступления в клинику:

\*Самопроизвольные боли в области причинного зуба, длительность которых от 2 до

3 минут

### 3. Anamnesis morbi

Пациентка считает себя больной. Боли беспокоят со вчерашнего дня, зуб ранее беспокоил, имеется кариозная полость. Обратилась 27, апреля, 2016г в Стоматологическую поликлинику "УНИ-СТОМ" расположенную по адресу: ул. Хамза 30. Была принята на лечение с предварительным диагнозом глубокий кариес, острый очаговый пульпит 23зуба.

### 4. Anamnesis vitae

1. Общие биографические сведения: Родилась в 1996 года. Родилась в полной семье, была первым ребенком из трех. Материальная обеспеченность и условия питания семьи были неудовлетворительные. Росла и развивалась нормально, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставала.
  2. Трудовая биография: трудовую деятельность не начинала. В данный период студентка
  3. Семейно-половой: Проживает в городе Ташкент в благоустроенной двухкомнатной квартире, в которой проживает пять человек. Пациент, её муж и родители со стороны мужа и бабушка. Питание регулярное, режим соблюдается. Гинекологический анамнез: в норме.
  4. Перенесенные заболевания: В детстве болела краснухой. Вирусный гепатит, болезнь Боткина, туберкулез, ВИЧ, венерические заболевания отрицает, контакт с инфекционными больными и высоко лихорадящими отрицает. Травмы, гемотрансфузии отрицает. Аллергический анамнез: аллергических реакций на лекарственные препараты и пищевые продукты не было.
  5. Хронические интоксикации: Не курит, алкоголь редко, наркотики не употребляет.
- ### 5. Внешний осмотр

\*лицо симметричное, пропорциональное,

\*кожные покровы физиологической окраски, чистые,

\*носогубные и подбородочные складки умеренно выражены.

\*Углы рта опущены, смыкание губ свободное.

\*Открывание рта полное, свободное, безболезненное.

\*При открывании рта движение височно-нижнечелюстных суставов свободное, безболезненное, хруст и щёлканье в суставе при открывании рта отсутствует.

Характер движения: плавное, амплитуда в норме, синхронное в обоих суставах.

\*Пальпация жевательных мышц безболезненна.

\*Регионарные лимфатические узлы не увеличены, консистенция мягко - эластическая, подвижны, не спаяны с кожей и окружающей клетчаткой.

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, языка достаточно выражены.

\*Десны бледно-розового цвета, отекают, нарушения целостности, изъязвлений и других патологических изменений нет.

\*Десневые сосочки бледно-розового цвета, нормальных размеров, без нарушения целостности. При надавливании инструментом отпечаток быстро исчезает.

\*Прикус ортогнатический.

Осмотр собственно полости рта

\*Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета, нормально увлажнены, без патологических изменений, отека не наблюдается.

\*Язык нормальных размеров, слизистая оболочка языка бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. Спинка языка чистая, десквамаций, трещин, язв нет.

Болезненности, жжения, отека 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.

С 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Р 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Клиническая картина:

\*На вестибулярной поверхности зуба 23 глубокая кариозная полость

\*При зондировании болезненность в проекции рога пульпы

\*реакция на холодную воду болезненна

\*вертикальная и горизонтальная перкуссия безболезненна

\*слизистая оболочка переходной складки в области верхушки корня розового цвета, умеренно влажная, безболезненна при пальпации

Электроодонтометрия:

Пульпа зуба реагирует на силу тока 20 мкА.

Вывод: имеется воспалительный процесс в пульпе

6. Клинический диагноз

На основе жалоб пациента, анамнеза жизни и заболевания, осмотра и дополнительных методов обследования поставлен диагноз

Диагноз:

1. Острый очаговый пульпит 23 зуба

7. Этиология острого очагового пульпита

Воспаление пульпы всегда обусловлено попаданием инфекции в пульповую камеру. Это может происходить двумя путями: интердентально (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 вторичном кариесе, развивающимся под пломбой);
- проникновение микробов из кариозной полости через дентинные каналы после препарирования, при снятии оттиска под давлением (очень редкий путь);
- ретроградный пульпит -- попадание микробов через апикальное отверстие при остеомиелите, сепсисе, через боковые ответвления корневого канала, после кюретажа глубоких пародонтальных карманов.

8. Патогенез острого очагового пульпита

Острый очаговый пульпит.

Пульпиты подразделяются на острые и хронические. Под острым пульпитом понимают состояние, когда инфекция проникла в пульпу при закрытой пульпарной камере (через тонкую стенку разрушенного кариесом зуба). Острый пульпит вначале носит очаговый характер и протекает как серозное воспаление (серозный пульпит), затем появляется гнойный экссудат (гнойный пульпит). При этом появляются очень сильные боли вследствие накопления гнойного экссудата в закрытой пульпарной камере. Хронические пульпиты чаще всего являются исходом острого.

Микрофотография

Хронические пульпиты подразделяются на фиброзные, гипертрофические и

гангренозные. Основная форма хронического пульпита это фиброзный пульпит, при котором происходит разрастание волокнистой соединительной ткани. При гипертрофическом пульпите происходит гипертрофическое разрастание пульпарной ткани через открытую кариозную полость. При гангренозном пульпите в коронковой пульпе обнаруживается распад ткани. В корневой пульпе обнаруживается грануляционная ткань.

#### 9. Клинико-диагностическая характеристика пульпитов

Общим симптомом для всех типов пульпитов является сильная болезненность, особенно при перемене температуры и непрерывная или прерывающаяся зубная боль в ночное время.

Острый очаговый пульпит характеризуется приступообразными болями, с четкой локализацией и длительными промежутками интермиссии. Приступы боли при остром очаговом пульпите в основном кратковременные, боль наступает от воздействия температурных раздражителей. Болезненность усиливается в ночное время, что является характерным симптомом для всех пульпитов. При обследовании обнаруживается глубокая кариозная полость, дно полости во время зондирования болезненно. Электровозбудимость пульпы понижена с той стороны, в области которой локализуется очаговый пульпит. очаговый пульпит этиология осложнение При остром диффузном пульпите приступы боли более продолжительные, светлые промежутки незначительны. Диффузный пульпит отличается от очагового более интенсивными болями в ночное время. Болезненность усиливается в лежачем положении, боли могут иррадиировать в различные участки, в зависимости от местонахождения больного зуба. При осмотре кариозная полость глубокая с болезненностью по всему дну во время зондирования. Ответная реакция на температурные раздражители при остром диффузном пульпите резко болезненна, но в некоторых случаях холод снижает боль. Перкуссия пораженного пульпитом зуба в основном безболезненна. Электровозбудимость пульпы снижена во всех участках, в том числе и на дне кариозной полости. Именно данные электровозбудимости помогают точно установить тип острого пульпита.

Хронические пульпиты имеют менее выраженную симптоматику и стертую клиническую картину. Так при хроническом фиброзном пульпите приступы боли от различных раздражителей незначительны и непродолжительны. Во время опроса пациента выясняется, что зуб болел ранее, а симптоматика более соответствовала острому пульпиту. При хроническом пульпите самопроизвольные боли случаются редко, в основном из-за нарушения оттока экссудата. Реакция на холод замедленна, иногда наблюдается болезненность при резкой смене температуры окружающей среды.

Зондирование дна кариозной полости подтверждает наличие сообщения между кариозной полостью и полостью зуба. Электровозбудимость зуба с хроническим фиброзным пульпитом снижена, а рентгенологический снимок подтверждает разрежение костной ткани у верхушки корня.

Хронический гангренозный пульпит клинически проявляется болями в зубе во время приема горячей пищи или при воздействии других температурных

раздражителей. Пациенты с гангренозным пульпитом предъявляют жалобы на редкие самопроизвольные боли и на неприятный гнилостный запах изо рта. В анамнезе имеются жалобы на острые боли приступообразного характера с иррадиацией по ходу тройничного нерва. Во время осмотра зуба с хроническим гангренозным пульпитом обнаруживается, что кариозная полость широко сообщается с полостью зуба. Зондирование кариозной полости болезненно на всей глубине как коронковой, так и корневой пульпы. Глубина поражения определяется степенью распространенности гангренозного пульпита и, чем глубже поражения при гангренозном пульпите, тем ниже степень электровозбудимости пульпы. В половине случаев при гангренозном пульпите на рентгенологических снимках определяются деструктивные изменения околоверхушечной ткани, степень выраженности деструкций зависит от глубины пульпита.

При хроническом гипертрофическом пульпите субъективные ощущения практически отсутствуют. Пациенты предъявляют жалобы на кровоточивость разросшейся ткани пульпы и на незначительные болевые ощущения во время приема пищи. В анамнезе имеются жалобы на острую приступообразную боль, которая характерна для очагового или диффузного пульпита. При осмотре пораженного гипертрофическим пульпитом зуба хорошо видно, что коронка зуба разрушена, а из кариозной полости выбухает гипертрофически измененная пульпа. Поверхностное зондирование почти безболезненно, при глубоком зондировании боль усиливается. Периапикальная щель на рентгенологическом снимке без изменений.

Во время обострений хронического пульпита возникают самопроизвольные приступообразные боли. Часто пациенты в период рецидива предъявляют жалобы на длительные интенсивные боли от различных внешних раздражителей. Боли иррадиируют по ходу тройничного нерва, в состоянии покоя боль обычно ноющего характера, которая при накусывании зубом-антагонистом усиливается. В анамнезе пациента присутствуют проявления острого и хронического пульпита. Во время осмотра становится видно, что кариозная полость и полость зуба составляют единое целое, полость открыта, а зондирование пульпы резко болезненно. При обострении хронического пульпита электровозбудимость пульпы снижена, а на рентгенограмме расширение периодонтальной щели хорошо заметно. Разрежение костной ткани в периапикальной зоне является характерным проявлением хронического рецидивирующего пульпита.

Нелеченный пульпит может привести к некрозу пульпы, распространению воспалительного процесса на околоверхушечные ткани и развитию периодонтита.

#### 10. Клиническая картина острых пульпитов

Гиперемия пульпы - это переходная форма от глубокого кариеса к острому ограниченному пульпиту. Характеризуется местным нарушением кровообращения, расширением сосудов, наполнением их кровью.

Субъективные данные:

- жалобы на ноющую кратковременную (молниеносную) боль, которая возникает

самовольно и длится 1-2 мин.;

- боль чаще подострая, реже - пульсирующая, стреляющая;
- интермисии (безболевые промежутки) длятся 6-12-24 часа; боль от действия разных раздражителей (термических, химических, механических), после устранения которых он длится 1-2 мин.;
- несильные болевые приступы могут появляться ночью;
- временами больные жалуются на ощущение "тяжести" в зубе.

Объективно:

- имеется глубокая кариозная полость с тонким слоем околопульпарного дентина на дне;
- стенки и дно полости содержат размягченный дентин, слабопигментированный (при остром перебеге кариеса) или незначительно размягченный и резкопигментированный (при хроническом перебеге);
- зондирование дает ощущение неприятного давления по всему дну и боль в проекции рогов пульпы;
- пульповая камера закрыта;
- от холодного возникает резкая боль, которая длится 1-2 мин.;
- показатель ЭОД в сравнении со здоровым зубом снижен и составляет 10-15 мкА.

Макроскопическая вся пульпа или на отдельных участках-светло-розовая. На поверхности видно сосуды, а при ее ранении возникает кровотечение.

Гиперемия пульпы:

- 1- дистрофия одонтобластов, прилежащих к заместительному дентину;
- 2- резко расширенные сосуды.

Микрофотограмма. Окраска гематоксилином и эозином.

#### 11. Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводится с острым глубоким кариесом:

- 1) при кариесе нет самовольной и ночной боли, а лишь от раздражителей;
- 2) при кариесе боль исчезает сразу же после снятия раздражителя или через 0,5-1,0 мин.;
- 3) при кариесе зондирование вызывает умеренную чувствительность по всему дну, а при пульпите зондирования участков дна полости соответственно проекции рогов пульпы вызывает резкую боль.

Диагностические тесты

Диагноз

Гиперемия пульпы

Острый ограниченный пульпит

Анамнез: опрос больного, выяснение жалоб, характеристики признаков заболевания

Острая, самопроизвольная боль продолжительностью 1-2 мин в области пораженного зуба, светлые промежутки - 6-24 ч. Приступы усиливаются ночью. Боль возникает от всех раздражителей, длится 1-2 мин после их устранения. Иррадиация боли отсутствует

Острая, самопроизвольная боль продолжительностью 3-10 мин, светлые промежутки - от 2 ч и больше. Приступы усиливаются ночью. Боль возникает от всех видов раздражителей, медленно успокаивается после их устранения. Изредка иррадирует в соседние зубы

Характер и глубина кариозной полости. характеристика ее содержимого

Полость а пределах плащевого или околопульпарного дентина. Количество размягченного дентина связано с характером развития кариеса и его локализацией

Глубокая кариозная полость С большим количеством размягченного дентина как плащевого, так и околопульпарного



### Зондирование кариозной полости

Болезненно на ограниченном участке дна кариозной полости, боль сохраняется и после прекращения зондирования (недолго)

Болезненно в одной точке, боль сохраняется после прекращения зондирования

### Вертикальная перкуссия зуба

Безболезненная

Безболезненная

### Температурная проба

Боль от холодной воды, которая сохраняется 1-2 мин, после устранения раздражителя

Болезненная реакция от холодной или горячей воды, которая сохраняется после устранения раздражителей

### Электровозбудимость (с дна кариозной полости)

8-12 мкА

15-25 мкА

Прогноз: если ликвидировать раздражитель, который вызывал гиперемия пульпы, то циркуляция крови может возобновиться. Гиперемия не может существовать долго.

Если через 3-4 дня не наступает выздоровления, то состояние гиперемии прогрессирует и следующие патогенетические этапы воспаления.

Некоторые научные работники утверждают, что диагноз „гиперемия пульпы" в клинике не устанавливается, потому что такие изменения можно обнаружить лишь при морфологическом исследовании, потому что эта форма пульпита в клинической классификации не включают. Да и достоверность, что больной обратится к врачу на этой стадии поражения пульпы, незначительная.

Дифференциальный диагноз проводится из:

- 1) гиперемией пульпы;
- 2) острым диффузным пульпитом;
- 3) хроническим фиброзным пульпитом;
- 4) папиллитом.

При хроническом фиброзном пульпите отсутствует самовольная ночная боль.

Характерные болевые приступы были в прошлом. При обследовании часто оказывается открытый рог пульпы, то есть соединение кариозной полости с полостью зуба, ЭОД - 20-30 мкА.

При папиллите всегда существует отекший, гиперемированный десенный сосочек, болезненный и кровоточивый при притрагивании. Кариозной полости может не быть, а при ее наличии не находят признаков воспаления пульпы.

## 12. Методы лечения пульпита

Биологический метод лечения пульпита - это метод, направленный на полное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии.

Сохранить жизнеспособность всей пульпы можно при обратимых формах ее воспаления.

Существуют показания для выбора этого метода:

1. Острый очаговый пульпит.
2. Случайное обнажение интактной пульпы при препарировании кариозной полости или зуба под коронку, отломе коронки зуба при травме. В последнем случае необходимо убедиться по данным ЭОД, что не произошел полный разрыв сосудисто-нервного пучка в области верхушки корня.

3. Хронический фиброзный пульпит при показателях ЭОД не более 25 мкА и при отсутствии в анамнезе данных об обострении данной формы пульпита.
4. Низкая интенсивность кариеса (не более 7 и превалирует константа П - пломба).
5. Молодой возраст (до 28 лет) и отсутствие тяжелых сопутствующих хронических заболеваний, а также острых респираторных заболеваний накануне и во время лечения.
6. Отсутствие изменений на рентгенограмме в области верхушки корня.
7. Отсутствие аллергических реакций на применяемые лекарственные препараты.
8. Зуб не подлежит протезированию.
9. Кариозная полость не должна локализоваться в пришеечной области, так как в этом случае воспаление коронковой пульпы может быстро перейти на корневую, а также очень сложно технически выполнить данный метод лечения из-за близости десневого края и относительно малой глубины кариозной полости для наложения многослойных прокладок.

А - схема непрямого покрытия пульпы лечебной пастой;

Б - схема прямого покрытия пульпы лечебной пастой.

1 - лечебная паста из гидроокиси кальция;

2 - пломба (временная или постоянная).

К хирургическим методам лечения пульпитов принадлежат: витальная ампутация и экстирпация, девитальная ампутация и экстирпация и комбинированные методы.

Витальная ампутация, или витальная пульпотомия - разновидность биологического метода лечения пульпита, при котором хранят жизнеспособность корневой пульпы для профилактики одонтогенных очагов и сенсibilизации организма изazole верхушечного участка. Обоснованием использования витальной ампутации являются гистологические особенности строения корневой пульпы, которое, имея малый клеточный состав и большое количество коллагеновых волокон, стойкая к разным раздражителям (микробы, токсины, лекарственные вещества).

Показания к применению витальной ампутации по сравнению с биологическим методом более расширенные. Этот метод можно применить при тех же формах пульпита, а также при:

- 1) любой локализации кариозной полости;
- 2) острым диффузном пульпите, если реакция со стороны периодонта слабо выраженная;
- 3) хроническом фиброзном пульпите;
- 4) хроническом гипертрофическом пульпите;
- 5) ЭОД до 40 мкА;
- 6) наличии хронического заболевания слизистой оболочки полости рта;
- 7) острым и хроническом пульпите временных зубов в период резорбции корней и постоянных зубов с реформированными корнями;
- 8) неэффективности биологического метода лечения пульпита.

Противопоказаний также меньше, но, в отличие от биологического метода пульпотомии не рекомендуется осуществлять в однокорневых зубах, потому что у них нет четкого разграничения между коронковой и корневой пульпой.

Метод базируется на способности корневой пульпы к пластическим и репаративным процессам.

Он предусматривает удаление воспалительной коронковой и устьевой пульпы и сохранения корневой пульпы, для которой создаются необходимые условия для возобновления нормальной жизнедеятельности.

Схема пломбирования зуба после пульпотомии: 1 - культя корневой пульпы; 2 - лечебная паста на корневой культе пульпы; 3 - изолирующая прокладка; 4 - постоянная пломба каналов и вход в каналы был доступным.

Витальная экстирпация, или витальная пульпэктомия (удаление пульпы под анестезией) среди методов полного исключения пульпы является самой прогрессивной. Этот метод лечения при правильном выполнении дает наименьший процент осложнений.

Преимущества витальной экстирпации:

- а) отсутствие токсичного действия на ткани периодонта препаратов мышьяка;
- б) лечение осуществляется в один сеанс;
- в) манипуляции в зубе не болезненны.

Недостатки метода:

- а) риск осложнений при проведении анестезии (непереносимость анестетика, действие вазоконстриктора, внутрисосудистое введение и др.);
- б) кровотечение из канала, которое может возникнуть при отрыве сосудисто-нервного пучка от тканей периодонта;
- в) отсутствие реакций пациента во время эндодонтических манипуляций;
- г) возникновение боли при накусывании в результате образования гематомы в периапикальном участке или выведения пломбировочного материала за верхушку корня.
- д) развитие остаточного корневого пульпита, потому что пульпа изымается лишь из макроканала, а в микроканалах она может оставаться живой.

Показания к витальной экстирпации:

- 1) все тотальные формы пульпитов: острый диффузный, острый гнойный, острый травматический с ранением пульпы, хронический фиброзный (поздняя форма), хронический гангренозный, хронический гипертрофический, хронический конкрементозный;
- 2) ретроградный и исходный пульпиты, пульпит, усложненный фокальным периодонтитом, заострение хронического пульпита;
- 3) пульпит, усложненный периодонтитом, лимфаденитом;
- 4) пульпиты, которые лечились биологическими методами, но возникло осложнение;
- 5) в случаях, когда диагноз "позволяет" применять биологические методы лечения, но есть другие противопоказания, то есть пульпит любой формы при наличии соматических заболеваний;
- 6) при локализации кариозной полости в пришеечном участке или в цементе корня зуба;
- 7) интактные зубы, которые необходимо депульпировать по ортопедическими или ортодонтическими показаниями;

8) при лечении зубов, которые будут опорными под мостовидные протезы;  
9) генерализованный пародонтит II и III степеней тяжести, особенно перед хирургическим вмешательством.

Противопоказания к методу витальной экстирпации.

- 1) непереносимость анестетиков;
  - 2) тяжелое соматическое состояние больного, преклонный возраст;
  - 3) у больных с нарушенной психикой;
  - 4) в последние и в первые (если есть угроза выкидыша) недели беременности;
  - 5) у больных с вирусными и бактериальными инфекциями СОПР и носоглотки;
  - 6) временные и постоянные зубы у детей с незавершенным формированием корней;
  - 7) анатомические особенности корней (искривление, загиб) некоторых групп зубов.
- Комбинированный метод лечения пульпита. Этот метод лечения представляет собой сочетание пульпотомии и пульпэктомии.

Показаниями к применению этого метода являются такие формы воспаления пульпы:

- острый диффузный пульпит,
- хронический фиброзный пульпит,
- хронический гипертрофический,
- хронический конкрементозный пульпит,

которые развились в многокорневых зубах с различной степенью проходимости корневых каналов. При лечении пульпита в таких зубах выполняют все этапы метода девитальной экстирпации.

Комбинированный метод лечения пульпита: 1 - корневая пломба; 2 - мумифицирующая паста; 3 - пломба; 4 - корневая пульпа.

### 13. Ошибки и осложнения при лечении пульпита и пути их устранения

Лечение зубов с воспаленной пульпой представляет собой ответственную и достаточно сложную процедуру, состоящую из различных методов лечения, выполнение которых должно проводиться со строгим соблюдением этапов лечения. На каждом этапе выполняют определенные процедуры с использованием различных специальных инструментов, аппаратов, медикаментозных средств, рациональных приемов лечения. Иногда возникают ситуации неверного использования тех или иных медикаментов, инструментов, проведения оперативного вмешательства. Эти ситуации могут возникать как в связи с недостаточным профессиональным опытом специалиста, так и при нарушении технологий выполнения отдельных манипуляций, малым арсеналом в лечебных учреждениях современной аппаратуры, инструментария, медицинских препаратов и лекарственных средств. Таким образом, при лечении пульпита может возникнуть ряд ошибок и осложнений, связанных как с методами и этапами лечения, так и оснащенностью рабочего места и профессиональной подготовкой медицинского персонала.

Все ошибки и осложнения, возникающие при лечении пульпита, условно можно объединить в несколько групп:

1-я группа - ошибки при диагностике пульпита, дифференциации его с другими заболеваниями и выборе метода лечения;

2-я группа - ошибки и осложнения при проведении обезболивания;

3-я группа - ошибки и осложнения при выполнении биологического метода лечения;

4-я группа - ошибки и осложнения в процессе выполнения витальной ампутации и экстирпации;

5-я группа - ошибки и осложнения при выборе и выполнении девитальных методов лечения;

6-я группа - осложнения, возникающие в отдаленные сроки после лечения пульпита....