

ПУЛЬПІТ

Частина II. Лікування пульпіту

*Методичні вказівки
для здобувачів освіти III курсу
стоматологічного факультету*

2-е видання, перероблене та доповнене

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ПУЛЬПІТ

Частина II. **Лікування пульпіту**

*Методичні вказівки
для здобувачів освіти III курсу
стоматологічного факультету*

2-е видання друге, перероблене та доповнене

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 13 від 29.08.2025.

Харків
ХНМУ
2025

Пульпіт. Ч. II. Лікування пульпіту : метод. вказ. для здобувачів освіти
III курсу стомат. фак-ту / упоряд. О. В. Любченко, О. В. Андрєєва,
Б. Г. Бурцев та ін. 2-е вид., перероб. та доп. Харків : ХНМУ, 2025. 44 с.

Упорядники О. В. Любченко
 О. В. Андрєєва
 Б. Г. Бурцев
 Л. В. Воропаєва
 Т. Є. Гур'єва
 А. І. Крючко
 А. Ю. Максимова
 Л. В. Стеблянко

Лікування пульпіту – одна з найважливіших проблем терапевтичної стоматології, тому що поширеність цього захворювання сягає 30–40 % і посідає друге місце після карієсу серед захворювань зубів. При лікуванні пульпіту лікар повинен розв'язати наступні задачі – усунути больовий синдром, ліквідувати вогнище запалення, стимулювати репаративні процеси й дентиноутворення (при лікуванні пульпіту біологічним методом), захистити тканини періодонта від ушкоджень з метою попередження розвитку періодонтиту, відновити цілісність, форму й функції зуба як органа.

Детальне вивчення біології тканини пульпи протягом багатьох десятиліть дозволило встановити її значні репаративні й пластичні можливості. Вони лягли в основу патогенетичної терапії пульпіту. Успіх у лікуванні запального процесу в пульпі залежить від багатьох факторів. Найбільш важливими з них є загальний стан організму, вік хворого, локалізація й розвиток каріозного процесу, вірулентність мікроорганізмів каріозної порожнини, шляхи проникнення інфекції в пульпу, характер плинну, тривалість і форма запалення, топографо-анатомічні особливості порожнини зуба й корневих каналів, стан періодонта, наявність захворювань пародонта.

На сьогодні в терапії пульпіту існує два принципово відмінних методи лікування – консервативний, при якому повністю зберігають пульпу як орган, і хірургічний (стосовно пульпи), що передбачає часткове (ампутація) або повне (екстирпація) видалення пульпи. Кожен із них має кілька різновидів залежно від характеру та комплексу лікувальних заходів і засобів.

Показанням для вибору методу лікування пульпіту повинні бути суб'єктивні дані і дані об'єктивного обстеження, що свідчать про збереження фізіологічних властивостей і біологічних можливостей пульпи.

Усі наявні методи лікування пульпіту представлені на *рис. 1*.

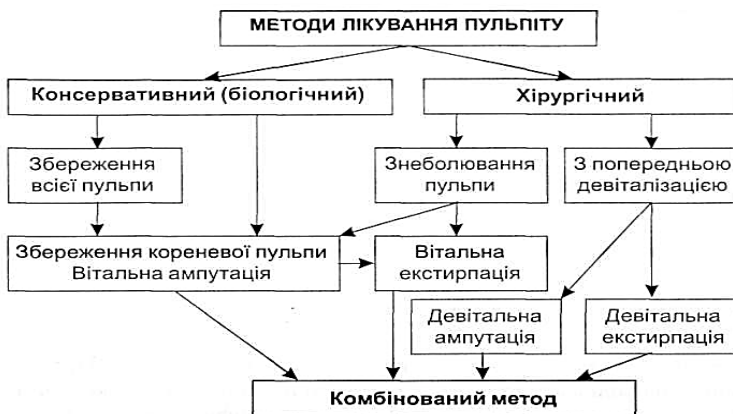


Рис. 1. Методи лікування пульпіту

Методи лікування пульпіту зі збереженням життєздатності пульпи розділяють на *біологічний (консервативний)*, при якому пульпа зберігається повністю, і *метод вітальної ампутації*, при якому зберігається життєздатність кореневої пульпи, а коронкова видалається.

Метод лікування пульпіту, при якому видалається вся пульпа після проведення девіталізації, називається методом *девітальної (мортальної) екстирпації*. При методі *девітальної ампутації* проводять видалення тільки коронкової частини пульпи, а кореневу муміфікують. Якщо повному видаленню пульпи з порожнини зуба не передує її девіталізація, то метод лікування пульпіту визначається як *вітальна екстирпація*.

Крім того, існує *комбінований (змішаний) девітальний метод* – видалення пульпи із прохідних каналів і її муміфікація в непрохідних.

БІОЛОГІЧНИЙ (КОНСЕРВАТИВНИЙ) МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПТУ

Цей метод спрямований на лікування всієї пульпи.

Мета: зберегти основні функції пульпи – захисну, пластичну, трофічну.

На сьогодні доведено, що початкове запалення пульпи – процес зворотний. Теоретичним обґрунтуванням біологічного методу лікування пульпіту є сучасні дані про фізіологію й морфологію пульпи, що довели її високу життєздатність, реактивну здатність і пластичну функцію.

Високу життєздатність пульпи забезпечує наступне:

- 1) додаткові джерела трофіки зуба – анастомози, кільцева система кровообігу в коронковій пульпі;
- 2) пухка сполучна тканина, яка оточує судини в апікальному отворі і виключає можливість їх здавлювання при запаленні;
- 3) густа капілярна мережа коронкової пульпи;
- 4) клітини ретикулоендотеліальної системи, а також гіалуронова кислота, які є факторами захисту;
- 5) стабільність ферментно-інгібіторної системи.

Дослідження, які присвячені вивченню активності ферментів, нуклеїнових кислот, змін складу глікозаміногліканів у пульпі, фагоцитарної активності клітин РЕС, колагеноутворюючої функції пульпи, що забезпечують її реактивність, указують на великі функціональні й репаративні можливості пульпи в нормі та і спростовують колишні погляди про те, що запальні процеси в пульпі неминуче приводять до некрозу.

Показання:

- гіперемія пульпи;
- гострий обмежений (осередковий) пульпіт;
- випадкове оголення пульпи;
- хронічний фіброзний пульпіт без клінічних і рентгенологічних ознак періодонтиту (ЕОД не більш 25 мкА).

Протипоказання:

- вік пацієнтів старше 30 років;
- загальні соматичні захворювання, особливо гіпертонічна хвороба, атеросклероз, діабет, зниження імунітету;
- наявність гострих респіраторних вірусних захворювань перед або під час лікування пульпіту;
- висока інтенсивність карієсу (7 і більше);
- локалізація каріозної порожнини в пришийковій ділянці зуба;
- хронічні захворювання СОПР;
- хронічний пародонтит, пародонтоз;
- вагітність;
- зниження електрозбудливості пульпи до 25–35 мкА;
- рентгенографічні зміни в періапикальних тканинах зуба;
- необхідність покриття зуба штучною коронкою найближчим часом або використання зуба для фіксації протеза;
- тривалість захворювання більше 48 год;
- наявність алергічних реакцій на лікарські препарати;
- поганий гігієнічний стан порожнини рота;
- хронічна одонтогенна інтоксикація.

Лікування пульпіту біологічним методом можна здійснювати за одне, два або три відвідування. При цьому необхідно дотримуватися наступних умов:

- проводити раціональне знеболювання з використанням анестетиків без судинозвужувальних компонентів;
- ретельно видаляти весь уражений дентин, тому що в розм'якшеному дентині присутня велика кількість мікроорганізмів, активні протеолітичні ферменти (вони подразнюють пульпу й нейтралізують лікувальну дію препаратів, які використовують при лікуванні);
- правильно сформувати каріозну порожнину;
- препарати необхідно підбирати з урахуванням сумісності та в нетоксичних для організму дозах;
- дотримуватися асептики на всіх етапах лікування, по можливості працювати з використанням кофердаму.

З метою ліквідації запального процесу в пульпі як лікувальні засоби застосовують антисептики, кортикостероїди, ферменти, антибіотики, сульфаніламідні препарати, кислі глікозаміноглікани, похідні колагену, а також комбінації лікарських препаратів, вітаміни. Вони повинні здійснювати протимікробну й протизапальну дію. Використовують їх у вигляді розчинів (уводять на ватяній кульці) та біологічних паст. Строк покриття пульпи біологічною пастою залежить від природи та властивості препарату, що входить до її складу: для глюкокортикоїдів – 1–3 доби, ферментів – 1–2 доби, антибіотиків і сульфаніламідів – 2–3 доби.

Для антисептичної обробки каріозної порожнини використовують теплі розчини антисептиків, які не викликають подразнення пульпи. Із цією метою застосовують 0,5 % розчин перекису водню; 0,002 % розчин фурациліну; 1 % розчин йодінолу; 0,1 % розчин етакридину лактату; 0,25 % розчин хлораміну; 0,02–0,05 % розчин хлоргексидину; 0,25 % розчин мефенаміната натрію; 0,1 % розчин димексиду; 0,5 % розчин етонію, хлорофіліпту.

Глюкокортикостероїди виявляють виражену протизапальну, десенсибілізуючу, антиалергічну дію, знімають больовий компонент.

У відносно великих дозах глюкокортикостероїди гальмують розвиток сполучної тканини, зменшують кількість клітин, які є місцем утворення гіалуронової кислоти; пригнічують активність гіалуронідази й сприяють зменшенню проникності капілярів, але разом із тим знижують реактивний стан пульпи, перешкоджають формуванню грануляційної тканини, що сприяє регенерації пульпи. Концентрація на одне вкладення повинна бути не більш 1 мг/мл. Нетривала дія на пульпу не викликає в ній побічних змін. Застосування кортикостероїдів у вигляді пов'язки необхідно обмежити 1–3 днями з подальшою заміною їх засобами, які стимулюють дентиноутворення. Доцільне застосування офіційних засобів, які містять комбінації кортикостероїду з антибіотиками («Оксикорт», «Гіоксизон», «Лоринден-3»). Формування дентинного містка в пульпі прискорюється при використанні комбінації кортикостероїдів із препаратами, що містять гідроксид кальцію.

Гідроксид кальцію нормалізує кислотно-лужний баланс збудженої пульпи. Комбінації цих препаратів надають протизапальну та дегідратаційну дію, стимулюють процеси ремінералізації розм'якшеного дентину й створення третинного дентину. У зв'язку з цим широко використовують готові лікарські пасти, що містять гідроксид кальцію, у комбінації з антибіотиками, сульфаніламідними препаратами, кортикостероїдами та ін.

Використання антибіотиків для консервативного лікування пульпіту не завжди дозволяє досягти успіху, оскільки забезпечує тільки антибактеріальну терапію, тому виправдана комбінація антибіотиків із препаратами, які стимулюють пластичну й регенераторну функції пульпи. Концентрація антибіотиків у лікувальній пасті не повинна перевищувати 500–1000 ОД в 1 мл розчину.

При біологічному методі лікування пульпіту досить ефективними виявилися протеолітичні ферменти. Обґрунтуванням до їх застосування є властивість розплавляти нежиттєздатні тканини, розчиняти мікротромби, поліпшувати відтік ексудату, знижувати антибіотикорезистентність мікрофлори. Вони нешкідливі для здорових тканин, стимулюють фагоцитоз, руйнують деякі бактеріальні токсини. Із цього погляду дуже перспективним є використання протеолітичних ферментів (трипсину, хімотрипсину, лізоциму), а також їх інгібіторів (контрикала, амбена) при лікуванні запалення пульпи.

Ензимотерапія в комбінації з антибіотикотерапією при біологічному методі лікування пульпіту призводить до ліквідації запального процесу в пульпі, зменшення тиску в порожнині зуба та створення умов для регенерації пульпи, а клінічно – до усунення болю.

У пульпі зуба порівняно рано настає склероз кровоносних судин і зменшення гіалуронової кислоти. Це погіршує умови обміну в тканині пульпи, перенесення кисню й живильних речовин із крові до клітин і продуктів зворотного метаболізму, створює в ній умови відносної гіпоксії, яка легко призводить до дезорганізації тканини пульпи. Відомо, що мукополісахариди (глікозаміноглікани) беруть участь у процесах регенерації, колагенотворенні, окисно-відновних процесах. Недолік гіалуронової кислоти в пульпі сприяє тривалому плину запалення. Кислі МПС (глікозаміноглікани) є пластичним матеріалом і середовищем, у якому відбувається міжклітинний обмін.

Луроніт, хонсурид, гепарин у комбінації з препаратами нітрофуранового ряду прискорюють репаративні процеси в пульпі завдяки своїм біологічним властивостям. Луроніт містить гіалуронову кислоту, яка відіграє важливу роль у захисно-приспосувальних механізмах пульпи зуба. Гепарин – антикоагулянт прямої дії, високосульфатований мукополісахарид. Він блокує біосинтез тромбіну, зменшує агрегацію тромбоцитів, пригнічує активність гіалуронідази. При гострому запаленні пульпи призводить до купірування гідратації, сприяє зменшенню судинної проникності, зниженню внутрішньопульпарного тиску. Хонсурид – препарат, що містить хондрітинсерну кислоту. Поряд з гіалуроновою кислотою хонсурид входить до складу основної речовини сполучної тканини. Може застосовуватися для прискорення репаративних процесів у пульпі після ліквідації гострого запалення. Глікозаміноглікани сприяють ущільненню волокнистих утворів пульпи.

Останнім часом рекомендують вводити до складу лікувальних паст похідні піримідину, білкових анаболізаторів – метилурацил, пентоксил. Препарати цієї групи виявляють виражений протизапальний вплив, підсилюють ріст і розмноження клітин, процеси регенерації, активізують діяльність ретикулоендотеліальної системи, стимулюють лейкопоез. Сприяють виробленню антитіл і фагоцитарної реакції тканин.

Методика

У першу чергу необхідно провести заходи професійної гігієни порожнини рота (вилучити м'які й тверді зубні відкладення), ретельну антисептичну обробку. Потім здійснити знеболювання причинного зуба (ін'єкційний і не ін'єкційний методи). Зуб ізолювати від слини кофердамом або стерильними ватяними валиками, підключити слиновідсмоктувач. Поверхні ураженого й двох сусідніх зубів обробити антисептиками. Після цього провести ретельне препарування каріозної порожнини, яка повинна бути розкрита максимально, щоб, з одного боку, вилучити всі інфіковані тканини, а з іншого – створити широке поле контакту пульпи з лікарськими речо-

винами. Розм'якшений каріозний дентин необхідно ретельно вилучити гострим бором. На дні каріозної порожнини можна залишити тонкий шар розм'якшеного дентину, який змінив свою консистенцію у зв'язку зі втратою мінеральних солей, але не втратив фізіологічного зв'язку з пульпою.

Під час препарування каріозну порожнину необхідно постійно зрошувати теплим розчином антисептика або іншим протизапальним засобом у концентрації, яка не подразнює пульпу. Після антисептичної обробки каріозну порожнину необхідно висушити стерильними ватяними кульками, а не повітрям.

Після висушування на дно каріозної порожнини необхідно накласти лікарську речовину на ватяній кульці або у вигляді прокладки. На сьогодні існують два методи покриття пульпи лікарською речовиною – прямий і непрямий. Прямий – накладання лікарської речовини безпосередньо на розкриту пульпу, непрямий – накладання лікарської речовини у найглибше місце дна каріозної порожнини без розтину порожнини зуба (*рис. 1*).

Якщо гострий осередковий пульпіт розвився на тлі хронічного перебігу каріозного процесу і при обстеженні порожнини виявляється значний шар замісного, щільного дентину, то для зниження внутрішньопульпарного тиску та поліпшення доступу лікарських речовин у пульпу виникає необхідність розкрити ріг пульпи. У цьому випадку застосовується прямий метод. Якщо пульпіту передує гострий перебіг каріозного процесу, при якому дентин пухкий, розкривати порожнину зуба не обов'язково (непрямий метод), оскільки відтік ексудату з порожнини зуба і дифузія лікарських речовин у пульпу відбувається через тонкий шар розм'якшеного демінералізованого дентину на дні порожнини.

При випадковому оголенні рога пульпи за відсутності клініки гострого запалення лікування можна провести в одне відвідування. Після препарування, антисептичної обробки на дні каріозної порожнини можна залишити лікарську речовину у вигляді пасти, накласти ізолюючу прокладку та поставити постійну пломбу.

При лікуванні гострого осередкового пульпіту з вираженим больовим синдромом лікування повинне здійснюватися в декілька відвідувань.

1 відвідування

Для створення оптимальних умов відтоку ексудату з порожнини зуба необхідно зробити розтин пульпової камери та залишити на дні каріозної порожнини один із перерахованих вище протизапальних препаратів у вигляді розчину на ватяній кульці, тому що введення його у вигляді пасти може перешкоджати відтоку ексудату з пульпи. Кількість ексудату може збільшитися внаслідок подразнення пульпи при механічній обробці, особливо дна каріозної порожнини, що призведе до посилення відчуття болю. Каріозну порожнину слід закрити герметичною пов'язкою зі штучного водного дентину на 1–2 доби.

II відвідування

За відсутності скарг у пацієнта, при збереженні герметичної пов'язки, позитивних результатах клінічного обстеження можна перейти до другого етапу лікування.

Після видалення пов'язки каріозну порожнину необхідно знову промити теплим розчином антисептика або іншого препарату, потім накласти пасту на основі гідроксиду кальцію.

Пасту вносять за допомогою зонда або спеціального інструмента та обережно розподіляють у найглибшому місці каріозної порожнини або на розкритій точці пульпової камери і закривають контрольною пломбою зі штучного водного дентину на 5–7 днів. Цю маніпуляцію проводять обережними рухами без тиску, легким пригладжуванням препарату стерильною ватяною кулькою.

У тому випадку, якщо після другого відвідування пацієнт скаржиться на біль, необхідно провести повторне накладання лікувальної пов'язки ще на 1–2 доби. Якщо біль не зникає після дворазового накладання кульки з лікарськими препаратами, рекомендується провести один з хірургічних методів лікування.

III відвідування

Через 5–7 діб після накладання контрольної пломби (за відсутності скарг) її можна замінити на постійну. Перед накладанням постійної пломби необхідно перевірити життєздатність пульпи за допомогою термометрії або електроодонтодіагностики. Методика постановки постійної пломби буде залежати від виду пломбувального матеріалу.

У зв'язку із труднощами виконання біологічного методу за два та три відвідування сучасні клініцисти надають перевагу лікуванню в одне відвідування, що виключає додаткове травмування пульпи. Успіху в цьому випадку сприяє використання твердіючих лікувальних прокладок з кальцій-саліцилатного цементу, які при невеликому розмірі каріозної порожнини можна використовувати одночасно і як лікувальну, і як ізолюючу прокладку.

Отже, у кожному конкретному випадку лікар повинен мати індивідуальний підхід до вибору методу лікування пульпіту й кількості відвідувань.

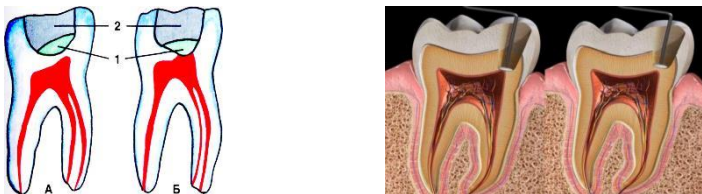


Рис. 2. Біологічний метод лікування пульпіту.

А – схема непрямого покриття пульпи лікувальною пастою,

Б – схема прямого покриття пульпи лікувальною пастою;

1 – лікувальна паста з гідроксидом кальцію, 2 – пломба (тимчасова або постійна)

Матеріали для лікувальних прокладок

Із метою купірування запального процесу, запобігання його поширенню, стимуляції репаративних процесів застосовують лікувальні прокладки. Вони містять активно діючі речовини різного цільового призначення.

Вимоги до лікувальних прокладок:

- виявляти протизапальну, антимікробну, одонтотропну дію;
- не подразнювати пульпу зуба;
- забезпечувати міцну герметизацію підлягаючого дентину, зв'язок із тканинами зуба, прокладочним і постійним пломбувальним матеріалом;
- відповідати фізико-механічним властивостям постійних пломбувальних матеріалів.

Показання до застосування лікувальних прокладок:

- лікування глибокого карієсу;
- лікування гострого осередкового пульпіту біологічним методом;
- консервативне лікування при випадковому розтині порожнини зуба (т. зв. травматичний пульпіт).

У даний час на стоматологічному ринку представлено кілька груп препаратів, призначених для накладання лікувальних прокладок.

I. Матеріали на основі гідроксиду кальцію (табл. 1)

Гідроксид кальцію ($\text{Ca}(\text{OH})_2$) є лугом, який слабо розчиняється у воді. При дисоціації він утворює іони кальцію та гідроксиду. Має сильно лужну реакцію (рН 10–12). Нанесений на поверхню навколопульпарного дентину (який через анатомічну будову має підвищену проникність), гідроксид кальцію дифундує по дентинних каналцях і потрапляє до пульпи. При цьому забезпечується тривала протизапальна, одонтотропна та антимікробна дія.

Препарати на основі гідроксиду кальцію стимулюють утворення замісного дентину, перешкоджають проникненню патогенних мікроорганізмів у пульпу зуба, за рахунок високого значення рН виявляють протизапальну дію.

Вони випускаються у вигляді різних лікарських форм :

- водна суспензія гідроксиду кальцію;
- лаки на основі гідроксиду кальцію;
- кальційсаліцилатні цементи хімічного затвердіння;
- полімерні матеріали світлового затвердіння, що містять гідроксид кальцію.

Таблиця 1

Матеріали для лікувальних прокладок на основі гідроксиду кальцію

Тип матеріалу	Назва (фірма-виробник)
Водна суспензія гідроксиду кальцію	Calasept (Nordiska Dental) Calcium Hydroxide (SPAD/Dentsply) Calcicur (Voco) Calcipulpe (Septodont) Calcium Hydroxide (Septodont)

Тип матеріалу	Назва (фірма-виробник)
Лаки на основі гідроксиду кальцію	Contrasil (Septodont)
Кальційсаліцилатні цементи хімічного затвердіння	Alkaliner (3M ESPE) Dycal (Detry/Dentsply) Life (Kerr) Calcimol (Voco) Septocalcine Ultra Septodont) Reocap (Vivadent)
Полімерні матеріали світлового затвердіння, що містять гідроксид кальцію	Естерфін Ca (Діас) Calcimol LC (Voco) Ultra-Blend (Ultradent)

1. Водна суспензія гідроксиду кальцію являє собою порошок чистого $\text{Ca}(\text{OH})_2$ з водою або фізіологічним розчином. Іноді для збільшення рентгеноконтрастності до нього додають сульфат барію. Препарат можна помістити у герметичне упакування: флакон, шприц або карпулу для використання в карпульному шприці з товстою голкою.

Суспензію наносять на найглибше місце дна каріозної порожнини або розкритий ріг пульпи й підсушують слабким струменем повітря. Потім порожнину закривають тимчасовою (контрольною) пломбою.

Суспензія $\text{Ca}(\text{OH})_2$ застосовується тільки під тимчасову пломбу на строк 3–6 тиж і накладається в тих випадках, коли потрібна сильна та не дуже тривала одонтотропна дія, наприклад, для закриття замінним дентином перфораційного отвору при випадковому розтині пульпи зуба. Лікування в таких випадках триває 3–9 міс, пов'язку замінюють новою кожні 1–1,5 міс. Як тимчасову пломбу в цьому випадку не можна використовувати мінеральні цементи, тому що між фосфорною кислотою й гідроксидом кальцію відбувається реакція нейтралізації.

2. Лаки на основі гідроксиду кальцію являють собою композиції, до складу яких зазвичай входять гідроксид кальцію, оксид цинку, смола й розчинник, звичайно на основі хлороформу. Лак наносять за допомогою пензлика або стерильного ватяного тампона на дно каріозної порожнини й підсушують слабким струменем повітря. При висиханні лаку утворюється однорідний, дуже тонкий і гладкий шар. Надлишки препарату із країв порожнини видаляють бором або екскаватором.

Лаки надійно захищають пульпу від кислотного впливу стоматологічних цементів, однак лікувальний ефект у них дуже слабкий, крім того, вони незручні в застосуванні.

3. Кальційсаліцилатні цементи хімічного затвердіння є найпоширенішою й популярною групою матеріалів, які використовуються для накладання лікувальної прокладки під постійну пломбу.

Кальційсаліцилатні цементи звичайно являють собою систему паста/паста та твердіють після змішування компонентів. Основу їх становлять саліцилатний ефір і гідроксид кальцію, що утворюють при взаємодії хелатні сполуки. Крім того, до складу цих цементів звичайно входять наповнювачі, пластифікуючі речовини та барвники.

Кальційсаліцилатні цементи мають одонтотропну дію, гарні маніпуляційні властивості, достатню стабільність і низьку розчинність у дентинній рідині. Крім того, вони не змінюють кольору постійної пломби й не порушують полімеризацію композитних матеріалів, але ці матеріали не мають адгезію до дентину й розчиняються компонентами адгезивних систем композитів (спирт, ацетон). Крім того, вони мають міцність на стиснення в 10–15 раз менше, ніж у цементів і композитів. Тому при локалізації порожнини на жувальній поверхні прокладка з кальційсаліцилатного цементу може руйнуватися під дією оклюзійних навантажень, що діють на пломбу в процесі жування. Тому при лікуванні глибокого карієсу кальційсаліцилатні цементи, як і інші матеріали на основі гідроксиду кальцію, не рекомендується накладати товстим шаром і використовувати як ізолюючі (базові) прокладки.

Прокладочні матеріали на основі гідроксиду кальцію повинні вноситися в порожнину точково, у мінімальній кількості з обов'язковим накладанням ізолюючої прокладки.

4. Полімерні матеріали світлового затвердіння, що містять гідроксид кальцію, складаються з гідроксиду кальцію, рентген-контрастного наповнювача та полімерної смоли, яка твердне під впливом світла. Незважаючи на підвищену механічну міцність і простоту застосування, ці матеріали не знайшли широкого застосування в стоматології. Це пов'язане з їх дуже низькою терапевтичною активністю. Крім того, матеріали цієї групи рекомендується застосовувати лише при неглибоких порожнинах через небезпеку термічного травмування пульпи в процесі світлової полімеризації.

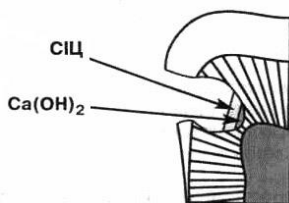


Рис. 3. Схема накладання лікувальної та ізолюючої прокладок при пломбуванні глибоких каріозних порожнин

II. Евгенол-вмісні лікувальні прокладки

5. Цинк-евгенольний цемент (ЦЕЦ). Евгенол – антисептик рослинного походження. Він становить 70 % гвоздикової олії. При змішуванні оксиду цинку та евгенолу утворюється цемент, що твердіє протягом 10–12 год. В основі затвердіння лежить хімічна реакція утвору евгеноляту цинку. ЦЕЦ використовують у терапевтичній стоматології як лікувальну прокладку або тимчасову пломбу.

Матеріали, що містять евгенол, не слід застосовувати в комбінації з композитами, тому що він порушує процес полімеризації органічної матриці. При використанні цинкооксидевгенольного цементу як прокладки

під матеріали, що вимагають конденсації в порожнині (фосфат-цемент, амальгама), відбувається деформація лікувальної прокладки. У такому випадку доцільно в перше відвідування накласти тимчасову цинк-евгенольну пломбу, а в друге відвідування (через 1–3 доби) вилучити надлишки ЦЕЦ, залишивши лише тонкий шар його на дні порожнини, і накласти постійну пломбу.

III. Комбіновані лікувальні пасти

Ці пасти включають кілька груп лікарських речовин і готуються ех темпоге з урахуванням клінічної ситуації, сполучуваності, наявності в лікувальній установі та індивідуальних переваг лікаря.

Основні групи лікарських речовин, які використовуються при готуванні комбінованих лікарських паст:

– одонтотропні засоби – речовини, що стимулюють формування замісного дентину й процеси ремінералізації в зоні демінералізованого «каріозного» дентину, – гідроксид кальцію, фториди, гліцерофосфат кальцію, дентинні або кісткові ошурки, гідроксіапатити (природні й штучні), «Альгіпор», колаген та ін.;

– протизапальні засоби – глюкокортикоїди (преднізолон, гідрокортизон), рідше – нестероїдні протизапальні засоби (саліцилати, індометацин та ін.);

– антимікробні речовини – хлоргексидин, метронідазол, лізоцим, паста етонію (7 % етоній у штучному дентині);

– протеолітичні ферменти – профезим, імозимаза, стоматозим, особливо в комбінації з іншими речовинами (хлоргексидином) виявляються досить ефективними при лікуванні глибокого карієсу й гострого осередкового пульпіту.

Інші засоби – гіалуронідаза, димексид (ДМСО), каолін, оксид цинку, різні олії (гвоздикова, обліпихова, персикова, евкаліптова, масляні розчини вітамінів та ін.).

Доцільність включення до складу лікувальної прокладки антибіотиків є спірною.

Комбіновані пасти зазвичай не твердіють, не мають достатньої механічної міцності, відносно швидко втрачають свою активність. Тому рекомендується застосовувати їх як тимчасовий матеріал із наступною заміною на кальцій-саліцилатний або цинк-евгенольний цемент.

Алгоритм біологічного методу лікування пульпіту (гострий осередковий пульпіт)

І відвідування

- Провести професійну гігієну порожнини рота.
- Провести ін'єкційне знеболювання.
- Розкрити, розширити каріозну порожнину стерильними борами.
- Ретельно провести некректомію кулястими борами.
- Сформувати каріозну порожнину.
- Обробити порожнину теплим розчином антисептика.

- За необхідності розкрити порожнину зуба.
- Висушити каріозну порожнину стерильними ватяними кульками й теплим повітрям.
- Залишити на дні каріозної порожнини ватяну кульку з лікарської речовиною, яка здійснює протизапальну дію.
- Замішати тимчасовий пломбувальний матеріал (водний дентин).
- Закрити каріозну порожнину герметичною пов'язкою зі штучного дентину на 1–3 доби.

II відвідування (за відсутності скарг)

- Вилучити герметичну пов'язку за допомогою екскаватора.
- Обробити каріозну порожнину теплим розчином антисептика.
- Висушити каріозну порожнину стерильними ватяними кульками й теплим повітрям.
- Накласти на дно каріозної порожнини лікувальну прокладку.
- Замішати тимчасовий пломбувальний матеріал (водний дентин).
- Поставити контрольну пломбу зі штучного водного дентину на 5–7 днів.

III відвідування

- Частково вилучити контрольну пломбу.
- Провести антисептичну обробку каріозної порожнини.
- Висушити каріозну порожнину теплим повітрям.
- Накласти ізолюючу прокладку з мінерального цементу фосфатної групи або склоіономерного цементу.
- Підготувати пломбувальний матеріал для постійної пломби.
- Поставити пломбу, провести фінішну обробку пломби.

Алгоритм біологічного методу лікування пульпіту (випадкове оголення рога пульпи):

I відвідування

- Провести професійну гігієну порожнини рота.
- Провести ін'єкційне знеболювання.
- Розкрити, розширити каріозну порожнину стерильними борами.
- Ретельно провести некректомію кулястими борами.
- Сформувати каріозну порожнину.
- Обробити порожнину теплим розчином антисептика.
- Висушити каріозну порожнину стерильними ватяними кульками й теплим повітрям.
- Накласти лікувальну прокладку, яка здійснює одонтотропну дію.
- Накласти ізолюючу прокладку з мінерального цементу фосфатної групи або склоіономерного цементу.
- Підготувати матеріал для постійної пломби.
- Поставити пломбу, провести фінішну обробку.

ВІТАЛЬНА АМПУТАЦІЯ (ВІТАЛЬНА ПУЛЬПОТОМІЯ)

При цьому методі видаляють тільки запалену коронкову пульпу, створюють умови для відновлення нормальної життєдіяльності кореневої пульпи, що сприяє запобіганню захворювань періодонта та пов'язаних з ним ускладнень (рис. 4).

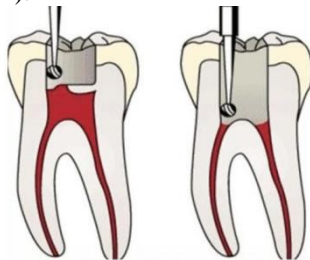


Рис. 4. Метод вітальної ампутації

Зміни, які відзначають у рані пульпи, можна розділити на дві фази.

I – фаза гідратації, при якій на тлі гострого запалення за рахунок набряку відбувається наступне:

– тканина пульпи в зоні рани насичується тканинною рідиною й ексудатом;

– у рані створюється кисле середовище;

– відбувається порушення кровообігу з явищами застою, ексудації;

– спостерігається розпад і некроз тканин;

– відбувається набрякання колоїдів;

– іони K^+ переважають над іонами Ca^+ і H^+ -іони над OH^- -іонами.

II – фаза дегідратації, для якої характерно наступне:

– звільнення тканин від води;

– відторгнення некротичних мас під дією ферментів (гістолізу та аутолізу);

– зникнення набрякання колоїдів;

– нормалізація кровообігу.

Завдяки пластичній функції пульпи кукса може зберегти життєдіяльність, при цьому на поверхні ампутаційної рани утворюється сполучнотканинна капсула (сполучнотканинний рубець) або коренева пульпа заміщається остеїдною тканиною – дентином і дентиноподібною тканиною.

Показання:

- гіперемія пульпи;
- гострий осередковий пульпіт;
- випадкове оголення пульпи;
- травматичний пульпіт внаслідок фрактури частини коронки зуба;
- пульпіт, що виник у зубах із патологічною стертістю твердих тканин;
- хронічний конкрементозний пульпіт (якщо дентин розташований у коронковій порожнині зуба);

- хронічний фіброзний пульпіт без клінічних і рентгенологічних ознак періодонтиту;
- хронічний гіпертрофічний пульпіт;
- у дітей і підлітків при незакінченому формуванні коренів зубів;
- гострий дифузійний пульпіт у деяких випадках (за наявності тільки серозного ексудату);
- неефективність біологічного методу лікування пульпіту;
- зниження ЕОД до 40 мкА.

Протипоказання:

- пульпіт в однокоренових зубах (через відсутність чіткої границі між коронковою й кореневою пульпою);
- вік пацієнтів старше 30 років;
- загальні соматичні захворювання (гіпертонічна хвороба, атеросклероз, діабет, зниження імунітету);
- наявність гострих респіраторних вірусних захворювань перед або під час лікування пульпіту;
- хронічний пародонтит, пародонтоз;
- вагітність;
- рентгенографічні зміни в періапікальних тканинах зуба;
- необхідність покриття зуба штучною коронкою найближчим часом або використання зуба для фіксації протеза;
- наявність алергічних реакцій на лікарські препарати, які використовуються при лікуванні;
- поганий гігієнічний стан порожнини рота;
- хронічна одонтогенна інтоксикація.

Методика:

- Проведення професійної гігієни порожнини рота.
- Знеболювання.
- Широке розкриття каріозної порожнини.
- Ретельна некректомія з постійною антисептичною обробкою каріозної порожнини теплими недратівними стерильними антисептиками.
 - Розтин порожнини зуба: під ванночкою з антисептиків стерильним кулястим бором середніх розмірів без сильного тиску, переривчастими рухами здійснюється розтин даху порожнини зуба в найбільш стоншеному місці (ділянці рога пульпи).
 - Розкриття порожнини зуба фісурним бором.
 - Повторна антисептична обробка.
 - Ампутація пульпи: обережно, під ванночкою з антисептика, без тиску гострим екскаватором видаляють усю коронкову пульпу (рана повинна бути різаною, а не рваною).
 - Порожнина зуба над устями каналів на 1–3 хв заповнюється розчином препарату нітрофуранового ряду з ферментом.

- Стерильним кулястим бором невеликого розміру проводиться воронкоподібне розширення усть корневих каналів. Із цією метою можна використовувати ендодонтичні інструменти типу Gates Glidden, Peeso та ін.

- Маленьким екскаватором видаляють устеву частину пульпи.

- Зупиняють кровотечу за допомогою 0,5–1 % розчину перекису водню; 5 % розчину амінокапронової кислоти, розчину адреналіну, анестетика з вазоконстриктором, гемофобіну, гемостатичної колагенової губки, фібринної губки й плівки; 0,025 % розчину адроксона, капрофера. При інтенсивній кровотечі можна використовувати діатермокоагуляцію пульпи в устевій частині при силі струму 40–50 мкА протягом 2–3 с.

- Накладання лікувальної пасти. Етап має на меті продовжити проти-запальну дію лікарських препаратів на кореневу пульпу, яка залишилася, захистити її від шкідливих зовнішніх впливів, стимулювати в ній репаративні процеси та відновити її життєздатність. З цією метою застосовують ті ж пасти, що й при біологічному методі лікування;

- Пломбування (див. біологічний метод лікування).

ВІТАЛЬНА ЕКСТИРПАЦІЯ

Метод лікування пульпіту, що полягає в повному видаленні коронкової та кореневої пульпи під знеболуванням. На сьогодні він є прогресивним і при правильному виконанні дає найменший відсоток ускладнень.

Показання:

- усі форми пульпіту;
- ретроградна форма пульпіту; пульпіт, що сходить; пульпіт, ускладнений перифокальним періодонтитом, загострення хронічного пульпіту;
- ускладнення пульпіту після лікування біологічним методом;
- локалізація каріозної порожнини в пришийковій ділянці або цементі кореня зуба;
- інтактні зуби, які необхідно депульпувати за ортопедичними або ортодонтичними показаннями;
- лікування зубів, які будуть використовуватися як опорні під мосто-подібні протези;
- зуби при генералізованому пародонтиті II–III ст. важкості, особливо якщо потрібне хірургічне втручання.

Противопоказання:

- непереносимість анестетиків;
- важка органна патологія, літній вік;
- психічні захворювання;
- останні й перші (якщо є загроза викидня) тижні вагітності;
- вірусні й бактеріальні інфекції СОПР і носоглотки;
- анатомічні особливості коренів (скривлення) деяких груп зубів.

Методика:

Алгоритм виконання (етапи проведення)

- Гігієна порожнини рота.
- Знеболювання й антисептична обробка зубів у ділянці хворого зуба.
- Препарування каріозної порожнини.
- Розкриття порожнини зуба. Проводять стерильним кулястим або фісурним бором так, щоб стінка каріозної порожнини плавно переходила в стінку порожнини зуба без навісів, вигинів, утворюючи пряму, стрімку лінію.

- Ампутація пульпи. Пульпу, яка знаходиться в порожнині коронки, можна зрізати бором повністю до входу в устя кореневих каналів. Доцільніше це зробити гострим екскаватором, тому що це зменшує небезпеку перфорації стінок і дна порожнини зуба.

- Розширення усть каналів. З цією метою використовують кулясті бори невеликих розмірів або спеціальні інструменти типу Gattes-Glidden, Peeso та ін., за їх допомогою надають устям кореневих каналів конусо-подібної форми.

- Екстирпація кореневої пульпи. Видалення кореневої пульпи проводять пульпекстрактором відповідного розміру. Вилучена пульпа являє собою анемічне червоподібне утворення з чіткою межею відриву.

- Зупинка кровотечі. У кореневий канал можна ввести ватяну турунду із кровоспинним засобом. Це може бути 3 % розчин перекису водню, 10 % розчин амінокапронової кислоти та ін. За останні роки з'явилися імпорتنі гемостатики на основі алюмінію сульфату, хлориду алюмінію.

Для попередження кровотечі з кореневого каналу або з метою припинення кровотечі після екстирпації доцільно використовувати фізичний метод – діатермокоагуляцію. Для цього застосовують змінний електричний струм високої частоти (1–2 МГц), невеликої напруги (20 В) і великої сили (до 1–2 А). У результаті перетворення електричної енергії на теплову температура підвищується до 90° і відбувається коагуляція тканини пульпи, згорання білкових фракцій крові.

Перевага діатермокоагуляції полягає в тому, що видалення пульпи відбувається безкровно завдяки створенню зони некрозу й закриттю просвіту судин. Це перешкоджає поширенню інфекції з каналу в судинне русло. Крім того, коагульована тканина пульпи скорочується в обсязі, відстає від стінок кореневого каналу, що полегшує її видалення. Пульпа видаляється білим тяжем.

Методика діатермокоагуляції. Порожнину зуба звільняють від крові, далі активний електрод (кореневу голку) у включеному стані вводять в устя каналу й повільно просувають до верхівки кореня, не доходячи до неї 1–1,5 мм. Потім, не виключаючи апарат, поступово витягають електрод із каналу. Експозиція триває 3–4 с, потім починають екстирпацію пульпи, виконують інструментальну і медикаментозну обробку кореневих каналів. Метою інструментальної обробки кореневого каналу є повне видалення

з нього залишків пульпи або продуктів її розпаду, видалення розм'якшеного інфікованого дентину зі стінок каналу, розширення каналу й надання йому відповідної форми та конусності, необхідних для повноцінного пломбування кореневого каналу. Для цього використовують апікально-коронкову та коронково-апикальну методики. Канали промивають антисептиками: 3–5 % розчином гіпохлориту натрію; 3 % розчином перекису водню; 1–2 % розчином хлораміну; 0,5 % розчином хлоргексидину; 0,5 % розчином фурациліну та ін. Канали висушують сухими стерильними ватними турундами, паперовими штифтами.

- Пломбування кореневих каналів до фізіологічної верхівки.

Для пломбування кореневих каналів використовують пластичні пасти, що твердіють (силери), штифти (філери) та їх комбінації.

- Контрольна рентгенографія, щоб переконатися в якісному пломбуванні каналів на всьому протязі.

Далі накладають ізолюючу прокладку (щоб ізолювати кореневий пломбувальний матеріал від постійної пломби) і постійну пломбу. Якщо кореневий пломбувальний матеріал дає усадку при затвердінні, тоді в перше відвідування краще накласти тимчасову пломбу (відстрочене пломбування), а в друге (після усадки кореневої пломби) замінити її на постійну.

Якщо в процесі лікування пульпиту методом вітальної екстирпації не вдається провести екстирпацію через особливості будови кореневого каналу, можна провести її девіталізацію (електрохімічний некроз пульпи) за допомогою внутрішньоканального електрофорезу 10 % спиртового розчину йоду (№ 2–3 під знеболюванням, тому що процедура болісна). При цьому утворюються луги, які викликають глибокий коліквацийний опік і некроз тканин пульпи.

Техніка проведення:

Попередньо пломбують добре прохідні канали. Потім на устя не пройдених каналів накладають ватяну кульку, просочену 10 % спиртовим розчином йоду. У кульку занурюють активний електрод, який являє собою одножильний мідний провід в поліхлорвінілової ізоляції. Порожнину зуба ізолюють липким воском. Пасивний електрод накладають на передпліччя. Сила струму – 3 мА (не менше), тривалість – 15 хв. Вказану процедуру проводять декілька разів до повної некротизації пульпи. Після цього проводять імпрегнацію невилученої некротизованої пульпи резорцин-формаліновим методом або депофорез гідроксиду міді кальцію.

Переваги:

- відсутність токсичної дії на тканину періодонта препаратів миш'яку;
- лікування проводиться в одне відвідування;
- безболісні маніпуляції.

Недоліки:

- ризик виникнення ускладнень при проведенні анестезії (непереносимість анестетика, дія вазоконстриктора та ін.);

- кровотеча з каналу, яка може виникнути при відриві судинно-нервового пучка від тканини періодонта;
- відсутність реакції пацієнта під час ендодонтичних маніпуляцій у зв'язку з вимиканням больової чутливості, що може привести до травми періодонта, виведення пломбувального матеріалу за межі верхівкового отвору;
- виникнення болю при накушуванні в результаті утворення гематоми в періапикальних тканинах або виведення пломбувального матеріалу за верхівку кореня зуба;
- розвиток залишкового кореневого пульпіту за рахунок живої пульпи в мікроканалах, тому що пульпа видаляється тільки з макроканалу.

ДЕВІТАЛЬНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПІТУ

Сутність даного методу – видалення коронкової або коронкової й кореневої пульпи з попередньою її девіталізацією. Девіталізація – це деструкція практично всіх структур тканини пульпи з повним порушенням її функції й больової чутливості. На сьогодні ще застосовують деструктивний метод лікування запаленої пульпи в клініці терапевтичної стоматології.

Показання:

- сенсibiliзація організму до анестетика;
- побоювання пацієнта щодо різних ін'єкцій;
- неефективність неін'єкційних методів знеболювання;
- недоліки вітального методу (недостатнє знеболювання на етапах виконання);
- наявність загальних важких захворювань.

Найбільше часто для девіталізації пульпи застосовують препарати миш'яквистої кислоти й параформальдегіду.

Девітальний метод лікування пульпіту був запропонований Вудом Спунером (1836). Незважаючи на те, що сьогодні провідні стоматологи намагаються уникати девіталізуючих методів лікування пульпіту, простота й зручність використання, швидке усунення болю обумовлює використання миш'яквистої пасти практикуючим лікарем-стоматологом.

Механізм дії миш'яквистої пасти

Миш'яковистий ангідрид (As_2O_3) є протоплазматичною отрутою, під дією якої оксидаза перестає бути ферментом окиснення. Отрута спричиняє гальмування окисно-відновних процесів у сполучній тканині, викликає кисневе голодування й тим самим призводить до незворотних змін у пульпі. Судини переповнюються кров'ю, руйнуються, призводячи до крововиливів, що викликає некротизацію тканинних структур. Розвивається набряк, який здавлює тканини пульпи, нервові волокна перероджуються, гинуть клітинні елементи пульпи, у першу чергу одонтобласти. Пульпа гине. Глибина ураження пульпи залежить від часу дії та дози миш'яквистої кислоти. У місці накладання гинуть усі елементи коронкової пульпи. Тривала дія може викликати токсичні зміни в періодонті та некроз навколишніх тканин.

Миш'яковиста кислота (ангідрид) для девіталізації пульпи застосовується у вигляді пасти. Оскільки це міцна протоплазматична отрута, необхідно суворо дотримуватися дозування пасти залежно від розмірів зуба, стану пульпи, віку хворого та вибору методу лікування пульпіту.

Для девіталізації пульпи досить 0,0002–0,0004 г миш'яковистої кислоти.

Рекомендована тривалість дії в однокоренових зубах – 24, у багатокоренових – 48 год.

Менш токсичними властивостями володіє параформальдегідна паста. До її складу як основний діючий агент входить параформальдегід – продукт полімеризації формальдегіду. Він має виражену бактерицидну дію, яка пов'язана з виділенням газоподібного формальдегіду. Високі концентрації параформальдегіду при його пролонгованій дії викликають некроз тканин. Механізм дії формальдегіду полягає у впливі на ендотелій капілярів. Відбувається розширення кровоносних судин, стаз крові в них і поступова муміфікація тканини пульпи, яка перетворюється на сухий сірий тяж.

Препарат виявляє менш токсичну дію на тканині періодонта.

До складу пасти, крім параформальдегіду, входять анестетик (анестезин, тримеканін), гвоздикове масло (евгенол).

На сьогодні випускають різні пасти на основі параформальдегіду: «Parapasta» (Chema, Polfa), «Depulpin» (VOCO), «Depulp», «Toxovit», «Necroneгv» та ін.

Під впливом паст, що містять параформальдегід, девіталізація пульпи настає в однокоренових зубах через 6–7 днів і через 10–14 днів – у багатокоренових. Строки накладання пасти залежать також від характеру запалення пульпи зуба й вибору методу лікування, тобто часткового або повного видалення запаленої пульпи.

ДЕВІТАЛЬНА АМПУТАЦІЯ ПУЛЬПИ (ПУЛЬПОТОМІЯ)

Уперше метод був застосований у 1874 р. Вітцером завдяки впровадженню в хірургію антисептичного методу лікування. Вчений вважав, що повністю видаляти пульпу не потрібно, тому що, якщо на пульпу, яка залишилася, подіяти муміфікуючими засобами (трикрезол, формалін), то це попередить гнильний розпад. Однак надалі з'ясувалося, що антисептична дія паст зберігається лише 3–4 тиж, віддалені результати лікування ампутаційним методом були негативними, тому що розвивався періодонтит.

Цей метод лікування пульпіту вимушений і використовується в основному тільки при лікуванні молярів у випадку коли неможливе видалення пульпи з коренових каналів.

Показання:

- гострі форми пульпіту, за винятком гнійного;
- хронічний фіброзний пульпіт.

Зазначені форми пульпіту лікують даним методом у тих випадках, коли кореневі канали непрохідні в результаті облітерації або погано прохідні у зв'язку з їхнім скривленням.

Крім того, **свідомо** цей метод може бути застосований лише в деяких випадках:

- коли у хворого важкий загальний стан організму (гострий інфаркт міокарда, стан після важких операцій, тромбоемболія та ін.);
- у психічно хворих людей (технічно неможливо здійснити екстирпацію пульпи і пломбування кореневих каналів);
- при неможливості доступу до усть корневих каналів через утруднене відкривання рота;
- при лікуванні третіх молярів, коли каріозна порожнина розташована дистально;
- при лікуванні пульпіту тимчасових зубів.

Методика:

І відвідування

- Туалет порожнини рота. Премедикація.
- Препарування каріозної порожнини. Внаслідок різкої болісності використовують аплікаційне знеболювання. Препарування проводять максимально обережно, намагаючись не заподіяти страждання пацієнтові. Каріозну порожнину промивають теплим розчином антисептика. Після розкриття каріозної порожнини видаляють розм'якшений дентин поетапно, спочатку зі стінок порожнини гострим екскаватором або кулястим бором, а потім зі дна каріозної порожнини, періодично використовуючи аплікаційний анестетик. У випадках гострого дифузного пульпіту необхідно обов'язково розкрити порожнину зуба хоча б в одній точці, щоб зняти або зменшити внутрішньопульпарний тиск, створити умови для виходу ексудату з порожнини зуба. Це також забезпечує проникнення девіталізуючого засобу в пульпу. Найкраще це зробити в проекції рога пульпи кулястим бором великого розміру, щоб не провалитися в порожнину зуба та не травмувати пульпу. Потім каріозну порожнину ще раз обережно промивають теплим розчином антисептика і висушують ватяною кулькою.

- Накладання девіталізуючої пасти (*рис. 5*). Беруть необхідну кількість девіталізуючої пасти: миш'яковистої – звичайно в обсязі кулястого бору № 1 (приблизно 0,0006–0,0008 г миш'яковистого ангідриду), параформальдегідної – вдвічі більше. Помістивши відібрану кількість пасти на кінчик зонда або екскаватора, її вводять у каріозну порожнину та поміщають на дно в проекції рога пульпи. Якщо зроблено перфораційний отвір, то пасту накладають поруч із ним і ватяною кулькою обережно переміщують на розкритий ріг пульпи. Девіталізуюча паста подразнює пульпу й підвищує ексудацію, посилюючи біль. Для зменшення болю пасту покривають сухою ватяною кулькою, яка поглинає надлишок ексудату з пульпи й у такий спосіб зменшує внутрішньопульпарний тиск. Із цією же метою ватяну кульку можна додатково злегка змочити розчином анестетика.

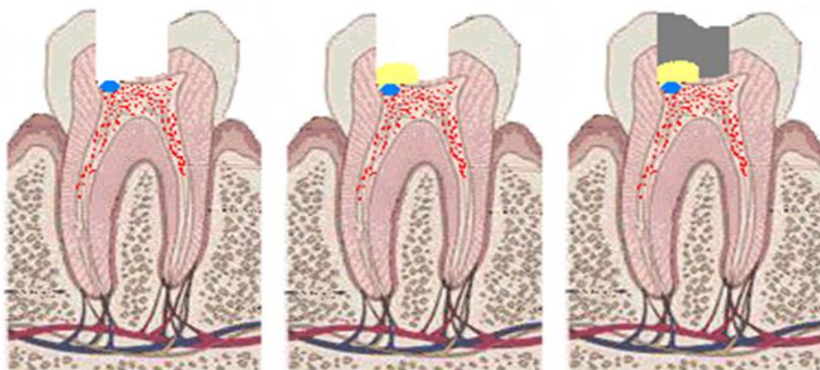


Рис. 5. Схема накладання девіталізуючої пасти

- Каріозну порожнину закривають герметичною пов'язкою з водного дентину, який замішують до сметаноподібної консистенції та обережно, без тиску, накладають у порожнину. Дентин-пастою користуватися недоцільно, тому що у випадку її введення в каріозну порожнину вона тисне на пульпу, створює тиск і так викликає больовий напад. У деяких випадках, наприклад, за наявності каріозної порожнини V класу, пов'язка зі штучного дентину не забезпечує достатньої герметизації порожнини. Виникає небезпека просочування миш'яковистого ангідриду з порожнини та виникнення некрозу поблизу м'яких тканин, що оточують зуб (ясна, щоки, язик). У такому випадку необхідно вивести каріозну порожнину на жувальну, язичну, піднебінну поверхні, а порожнину в пришийковій ділянці закрити тимчасовим пломбувальним матеріалом. Необхідно попередити пацієнта, що після накладання девіталізуючої пасти часто виникає біль у зубі, який може тривати кілька годин. Для зменшення болю пацієнтові призначають усередину знеболювальні засоби. Обов'язково попереджають пацієнта про необхідність подальшого лікування зуба в призначений час, тому що зневага схемою і часом лікування з боку пацієнта може викликати різні ускладнення та призвести до втрати зуба. При правильному накладанні пасти біль у зубі припиняється одразу, хоча допускається незначна болючість у найближчі 2 год, що пов'язане з дією отрути на нервові закінчення.

II відвідування

Якщо з анамнезу, клінічного обстеження зуба та навколишніх тканин не виявлено ускладнень, проводять наступні етапи лікування:

- видалення пов'язки;
- повне препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- ампутація (пульпотомія) коронкової пульпи гострим екскаватором або кулястим бором;
- розкриття усть каналів і резекція пульпи з усть каналів списоподібними борами або бором Gates-Glidden;
- антисептична обробка кукси пульпи та порожнини зуба (зрошення розчином фурациліну 1:1000, 1 % розчином хлорексидину, 3 % розчином перекису водню, йодинолом та ін.);
- висушування порожнини зуба і покриття кукси пульпи пастою, характер дії якої залежить від форми пульпіту, віку та стану хворого;
- закриття зуба тимчасовою пломбою.

Під час проведення ампутації пульпи при девітальному методі лікування для покриття кукси використовують різні пасти. Досить умовно можна їх розділити на дві групи: муміфікуючі та метаплазуючі.

Муміфікуючі пасти викликають муміфікацію кукси пульпи й у такий спосіб запобігають подальшому поширенню запального процесу в пульпі. Зазвичай вони швидко проникають у пульпу, викликають згортання білків її тканини, достатньою мірою є депо антисептиків і не подразнюють періодонт. До цієї групи відносяться резорцин-формалінова паста, приготовлена extempore, «Форедент» (Чехія) та ін.

Основним механізмом дії **метаплазуючих паст** є перетворення запальної тканини кореневої пульпи на остеїдну тканину. Найпоширенішими метаплазуючими пастами є тимолова, йодоформ-тимолова, тріоксиметиленова (параформальдегідна) пасти.

III відвідування

- часткове видалення тимчасової пломби (залишається тільки на дні порожнини, прикриваючи муміфікуючу пасту);
- накладання ізолюючої прокладки та постійної пломби.

ДЕВІТАЛЬНА ЕКСТИРПАЦІЯ ПУЛЬПИ (ПУЛЬПЕКТОМІЯ)

Даний метод застосовують при всіх формах запалення пульпи, яке закінчується повною втратою її опірності, пластичної здатності та наростанням незворотних змін (деструкції) у ній. Девітальна екстирпація пульпи показана пацієнтам з непереносимістю місцевих знеболюючих препаратів (алергією). Здійснюють девітальну екстирпацію у два відвідування: на першому девіталізують пульпу, на другому проводять її повне видалення (екстирпацію).

Техніка проведення девітальної екстирпації пульпи (пульпектомії) у перше й друге відвідування включає наступні етапи.

Алгоритм виконання

I відвідування

- Туалет порожнини рота.
- Знеболювання у разі необхідності трепанації пульпової камери.
- Часткове препарування каріозної порожнини, розтин порожнини зуба, накладання девіталізуючої пасти й герметичної пов'язки.

II відвідування

• Після опитування та об'єктивного обстеження пацієнта герметичну пов'язку видаляють і проводять **остаточне препарування каріозної порожнини**. Щоб уберегти себе від помилок, перш ніж перейти до розкриття порожнини зуба, необхідно точно знати її топографію. Відсутність знань анатомії порожнини зуба, її обрисів і глибини може бути причиною перфорації або видалення великої кількості дентину. Каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях різців та іклів, слід перевести на язичні поверхні, у премолярах і молярах такі порожнини переводять на жувальну поверхню, після чого роблять розтин порожнини зуба. І лише після цього переходять до другого етапу.

• **Розкриття порожнини зуба.** Дах порожнини зуба зрізують фісурним бором, стінки каріозної порожнини повинні плавно переходити в стінки порожнини зуба.

• **Ампутація пульпи зуба (пульпотомія).** Ампутацію пульпи проводять гострим екскаватором або кулястим бором у премолярах і молярах. Правильно проведена ампутація забезпечує гарний огляд операційного поля: повинні бути видні устя каналів із сірувато-червоною пульпою, яка перебуває в них.

• **Розкриття усть каналів і видалення устеві частини пульпи** виконують списоподібним бором або борами типу Gates-Glidden.

• **Екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія).** Здійснюють пульпекстрактором, довжина й розмір якого повинні відповідати розмірам кореневого каналу причинного зуба.

• **Медикаментозна та інструментальна обробка кореневих каналів.** Для медикаментозної обробки кореневих каналів після екстирпації пульпи, девіталізованої миш'яковистою пастою, застосовують розчини йоду, унітіол для знешкодження залишків миш'яку, потім промивають канали 0,5 % розчином фурациліну, 0,1 % розчином хлоргексидину, йодинолом та ін. Інструментальну обробку каналів проводять у повному обсязі відповідно до загальноприйнятих технологій (як і при лікуванні вітальним методом).

- **Пломбування кореневих каналів і порожнини зуба.**
- **Рентгенографічний контроль якості пломбування кореневих каналів.**
- **Пломбування каріозної порожнини.**

КОМБІНОВАНИЙ (ДЕВІТАЛЬНИЙ) МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПИТУ

Цей метод лікування являє собою комбінацію девітальної пульпотомії і пульпектомії. Його використовують у випадках, якщо одна частина кореневих каналів прохідна, а інша – ні. З добре прохідних кореневих каналів видаляють пульпу та пломбують канали. Один або два прохідні канали пломбують твердіючою пастою, а в непрохідних каналах некротизовану пульпу піддають муміфікації.

Алгоритм виконання

I відвідування

Часткове препарування каріозної порожнини, розтин порожнини зуба, накладання девіталізуючої (миш'яковистої або параформальдегідної) пасти, герметичної пов'язки.

II відвідування

Видалення герметичної пов'язки. Остаточне препарування каріозної порожнини, розкриття порожнини зуба, ампутація коронкової пульпи, розширення усть каналів. Потім із прохідного каналу (звичайно це дистальний канал молярів нижньої щелепи або піднебінний канал молярів верхньої щелепи) повністю видаляють девіталізовану пульпу (екстирпація), після медикаментозної й інструментальної обробки канал пломбують однією з паст, що твердіють, до верхівкового отвору кореня зуба.

Девіталізовану пульпу, що залишилася в скривлених непрохідних каналах, спочатку імпрегнують резорцин-формаліновою сумішшю без каталізатора, покривають муміфікуючою пастою (резорцин-формаліновою, крезодентом, форедрентом, ендоформом та ін.). Для муміфікації пульпи після її девіталізації М. Р. Рубін запропонував методику електрофорез-йоду. Для цього використовують 5–10 % спиртовий розчин йоду (для жувальних зубів) або 5–10 % розчин йодиду калію (для передніх зубів). Для кращого дифундування можна додати краплю димексиду. Для цього над устями непрохідних кореневих каналів залишають ватяну кульку, змочену одним із запропонованих розчинів, накладають на нього електрод, порожнину закривають липким воском і включають прилад. Сила струму – 2,5–3 мкА, тривалість процедури 15 хв.

Зуб закривають тимчасовою пломбою.

III відвідування

Через 7–10 днів за відсутності скарг з боку пацієнта та при позитивних результатах об'єктивного дослідження зуба й навколишніх тканин, тимчасову пломбу потрібно замінити постійною з будь-якого пломбувального матеріалу.

ПОМИЛКИ Й УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПІТУ І ШЛЯХИ ЇХ УСУНЕННЯ

Лікування зубів із запаленням пульпи є відповідальною й досить складною процедурою, що передбачає різні методи. Кожен метод має етапи, яких необхідно чітко дотримуватися. На будь-якому етапі виконують певні маніпуляції з використанням різних спеціальних інструментів, апаратів, медикаментозних засобів, раціональних прийомів лікування. Іноді виникають ситуації з невірним використанням тих або інших медикаментів та інструментів, неналежним проведенням оперативного втручання. Ці ситуації можуть виникати як у зв'язку з недостатнім професійним досвідом фахівця, так і при порушенні технологій виконання окремих маніпуляцій, малому арсеналі у лікувальних установах сучасної апаратури, інструментарію, медичних препаратів і лікарських засобів. Таким чином, при лікуванні пульпиту можуть виникати помилки й ускладнення, пов'язані як з методами й етапами лікування, так і з оснащеністю робочого місця та професійною підготовкою медичного персоналу.

Усі помилки й ускладнення, які виникають при лікуванні пульпиту, умовно можна об'єднати в кілька груп.

1-а – помилки при діагностиці пульпиту, диференціації його з іншими захворюваннями й виборі методу лікування;

2-а – помилки й ускладнення при знеболюванні;

3-я – помилки й ускладнення при біологічному методі лікування;

4-а – помилки й ускладнення при вітальній ампутації й екстирпації;

5-а – помилки й ускладнення при виборі й виконанні девітальних методів лікування;

6-а група – ускладнення, що виникають у віддалений термін після лікування пульпиту.

I. Помилки на етапі діагностики пульпиту

- **Неправильне визначення причинного зуба.** Зустрічається дуже часто внаслідок наявності іррадіації болю при гострому пульпиті в запломбованих зубах, покритих штучними коронками або інтактних, у яких утворювалися петрифікати або дентиклі.

- **Недостатня діагностика,** неправильно проведена диференційна діагностика у разі, якщо виникає необхідність відрізнити пульпит від захворювань із подібною симптоматикою (невралгія трійчастого нерва, оперізуючий лишай та ін.). Неправильна діагностика нерідко пов'язана із самовпевненістю лікаря, недостатнім використанням об'єктивних методів обстеження, помилками під час проведення електродіагностики, відсутністю рентгенодіагностики, особливо за наявності т. зв. прихованої каріозної порожнини та змін у періодонті. При незрозумілому діагнозі необхідний консиліум інших фахівців.

- **Неправильно поставлений діагноз** призводить до того, що лікар обирає неправильний метод лікування, внаслідок чого виникають ускладнення.

II. Помилки й ускладнення при знеболюванні

Характер ускладнення	Причини ускладнення	Клінічні симптоми	Лікування й профілактика
Алергічні реакції: Анафілактичний шок	Недостатнє обстеження. Не виявлена сенсibiliзація організму до анестетика	Різде падіння тиску, слабкість серцевої діяльності, блідість, порушення дихання, почуття страху, порушення свідомості	Невідкладна терапія за схемою лікування медикаментозного анафілактичного шоку
Ангіоневротичний набряк Квінке		Швидко наростаючий набряк верхньої губи, піднебіння, утруднене дихання, занепокоєння	Припинити введення анестетика. Горизонтальне положення, вільний доступ повітря
Кропив'янка		Червоний шкірний висип, холодний піт, збліднення обличчя, відчуття жару, шкірний свербіж, непритомний стан	Підшкірне введення антигістамінних препаратів. Спостереження за хворим до повної нормалізації його загального стану. Інформування хворого й запис в історію хвороби про непереносимість препарату
Відлам ін'єкційної голки	Погана якість голок, погіршеності при проведенні анестезії (різкий рух шприца вбік, несподіваний упор у кістку)		Якщо голка не вилучається корнцангом або пінцетом, проводять оперативне втручання
Утворення гематоми	Ушкодження судинної стінки ін'єкційною голкою	Припухлість, що швидко розвивається в ділянці ін'єкції, зниження анестезуючого ефекту, синюшне забарвлення шкіри та слизової оболонки порожнини рота в ділянці ін'єкції	Тука тампонада (пов'язка, що давить), холод. Надалі для розсмоктування гематоми призначають фізіотерапію. Профілактика: повільне та безперервне введення анестетика по ходу просування голки, скосом спрямованої до кістки
Недостатній знеболюючий ефект	Не враховані особливості запаленої пульпи. Неправильний вибір анестетика або методики знеболювання, порушення техніки її виконання	Болочість при виконанні етапів лікування	Застосування двоетапної анестезії, використання засобів премедикації, внутрішньопульпарна анестезія або інтрасептальна анестезія. Зміна анестетика
Неврит (плексалгія) відповідного нерва	Травма нервового стовбура або його закінчень	Парестезія, оніміння, у важких випадках – стійке зниження чутливості	Лікування невриту за схемою
М'язова контрактура	Порушення асептики, травмування голкою внутрішнього крилоподібного м'яза, неякісний анестетик	Біль в ушкодженому м'язі, обмеження руху скронево-нижньощелепного суглоба, недостатнє відкриття рота	На ніч – пращоподібна пов'язка, блокада, усередину – анальгетики, теплі ротові ванночки з відвару лікарських рослин, парафіно- і теплoliкування

Схема надання першої допомоги при анафілактичному шоку

При перших ознаках *анафілактичного* шоку необхідно викликати реанімаційну бригаду швидкої допомоги. До приїзду бригади слід почати надання першої допомоги безпосередньо в стоматологічному кабінеті за наступною схемою.

- Припинити введення препарату.
- Укласти пацієнта й зафіксувати язик для попередження асфіксії.
- Ввести внутрішньовенно краплинно 1 мл 0,1 % розчину адреналіну (якщо артеріальний тиск залишається низьким, через 10–15 хв введення повторити).
- Внутрішньовенно або внутрішньом'язово ввести один з кортико-стероїдів (преднізолон – 75–150 мг, дексаметазон – 4–20 мг, гідрокортизон 150–300 мг).
- Ввести підшкірно один з антигістаміних препаратів: піпольфен – 2–4 мл 2,5 % розчину; супрастин – 2–4 мл 2 % розчину; димедрол – 5 мл 1 % розчину.
- Із появою ознак серцевої недостатності – корглікон 1 мл 0,06 % розчину в ізотонічному розчині хлориду натрію; лазикс (фуросемід) – 40–60 мг внутрішньовенно струминно в ізотонічному розчині хлориду натрію.

III. Помилки й ускладнення при біологічному методі лікування

Характер ускладнення	Причина виникнення	Методи усунення й профілактика
Збереження або навіть посилення мимовільного нападаподібного болю одразу після лікування	1. Неправильно визначені показання до цього методу лікування. 2. Недоліки в проведенні методу: недотримання правил асептики й антисептики, що викликають повторне інфікування; відсутність герметизму пов'язки; неправильний вибір лікарських препаратів. 3. Індивідуальні особливості організму пацієнта	Лікування пульпіту іншим методом – вітальною ампутацією або екстирпацією

IV. Помилки й ускладнення при вітальній ампутації й екстирпації

Характер ускладнення	Причина виникнення	Методи усунення й профілактика
Перфорація в ділянці дна порожнини зуба або її стінок	Не враховані топографо-анатомічні особливості хворого зуба	Місце перфорації обробити 30 % розчином нітрату срібла, закрити склоіономерним цементом і продовжити лікування пульпіту за схемою
Другу добу з'являється мимовільний біль або біль від термічних подразників	1. Помилки в діагностиці. 2. Недотримання правил асептики й антисептики. 3. Травматичне проведення ампутації. 4. Недостатня зупинка кровотечі. 5. Неправильний вибір лікарських препаратів і паст для покриття куksi пульпи	Провести лікування цього зуба методом вітальної екстирпації

Помилки й ускладнення при вітальній екстирпації

Характер ускладнення	Причина виникнення	Методи усунення й профілактика
Відлам інструмента в каналі. Перфорація стінки каналу	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не створений зручний доступ до усть каналів. 2. Низька якість інструмента 3. Невідповідність розміру інструмента діаметру каналу. 4. Недбала робота в каналі. 5. Порухення етапності обробки каналу. 6. Анатомічні особливості будови каналу – звуження або скривлення каналу. 7. Неспокійна поведінка хворого 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повне розкриття порожнини зуба. Видалення уступів. 2. Робота тільки якісним інструментарієм. 3. Вибір інструментів відповідно до діаметра каналу. 4. Знання техніки й уміння проводити інструментальну обробку. 5. Підвищення професійного рівня. 6. Рентгенографічне дослідження. 7. Контроль ефективності знеболювання. Якщо інструмент зламаний до екстирпації всієї пульпи, показаний електрофорез 5 % розчином йоду у відповідному каналі. Якщо відламування сталося на етапі інструментальної обробки каналу й інструмент не вилучається, застосовують імпрегнацію (резорцин-формаліновий метод або сріблення)
Кровотеча після екстирпації пульпи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність рваної ранової поверхні. 2. Неповна екстирпація. 3. Відрив кореневої пульпи за апікальним отвором і утворення заапікальної гематоми 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Застосування кровоспинних розчинів (3 % розчин перекису водню, 5 % розчин АМК (амінокапронової кислоти); 0,25 % розчин адроксону та ін.); діатермокоагуляція. 2. Повторна екстирпація. 3. З метою профілактики – проведення діатермокоагуляції перед екстирпацією
Залишковий пульпіт	<p>Наявність не виявлених додаткових кореневих каналів. Неповне видалення пульпи</p>	<p>Перелікування зуба, при неможливості екстирпації – оброблення важкопрохідних кореневих каналів із використанням йод-електрофорезу або застосування девітального методу</p>
Постійний ниючий біль, що виник незабаром після пломбування і посилюється під час накушування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Порухення правил асептики й антисептики. 2. Застосування подразливих лікарських речовин для оброблення кореневого каналу. 3. Неправильний вибір силера. 4. Виведення пломбувального матеріалу в періапикальні тканини. 5. Неповне заповнення кореневого каналу. 6. Травмування періодонта під час екстирпації й інструментального оброблення каналу 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фізіотерапевтичні процедури (струми УВЧ, СВЧ, УФФ із гідрокортизоном). Полоскання теплими відварами трав. 3. Перепломбування кореневого каналу іншим матеріалом. 5. Перепломбування кореневого каналу до верхівки під рентгенографічним контролем

V. Помилки й ускладнення при девіталічних методах лікування

Характер ускладнення	Причина виникнення	Методи усунення й профілактика
Різка посилення болю після накладання миш'яквистої пасти й герметичної пов'язки	Посилення набряку пульпи на початковому етапі девіталізації в разі тугої тампонади порожнини або накладання пасти на нерозкритий ріг пульпи	Вилучити пов'язку, повторно покласти пасту з пухким ватним тампоном і герметичну пов'язку. При гнійному пульпіті обов'язково відкрити порожнину зуба, повторно накласти девіталізуючу пасту з пухкою ватною кулькою
Папіліт, локалізований пародонтит	Потрапляння миш'яквистої пасти на ясенний сосочок або в міжзубний проміжок при недотриманні правил її накладання	Ретельне обстеження всіх сторін зуба для виявлення наявних порожнин. Для лікування запалення застосовують 5 % розчин унітіолу або йоду, проти-запальну та регенеративну терапію. Профілактика – герметичне закриття порожнини зуба
Ниючий біль і різко болісна перкусія під час другого відвідування	1. Передозування миш'яквистої пасти або перевищення необхідного часу дії. 2. Інтоксикація періодонта продуктами розпаду некротизованої пульпи	1. Екстирпація пульпи, оброблення каналів унітіолом або йодом, пломбування силерами, що не подразнюють періодонт. 2. Лікування токсичного періодонтиту (унітіол)
Біль під час зондування усть каналів після ампутації	Мала кількість девіталізуючої пасти або недостатній термін її дії. Індивідуальні особливості організму	Екстирпація під аплікаційною анестезією з діатермокоагуляцією або повторне накладання девіталізуючої пасти на устя каналів
Кровоточивість після ампутації	Неповна девіталізація	Кровоспинні препарати: капрофен, 3 % розчин перекису водню, 0,25 % розчин адроксону, діатермокоагуляція
Кровоточивість після екстирпації	Неповна девіталізація або травма періапикальних тканин	Діатермокоагуляція. Дотримуватися розмірів каналу, не допускати виведення пульпекстрактора за апікальний отвір

VI. Ускладнення, що виникають у віддалений термін після лікуванні пульпіту

Через 1–3 роки після лікування пульпіту найбільш частим ускладненням є випадання постійної пломби. Таке ускладнення зустрічається не тільки після лікування пульпіту, але й при лікуванні ураженого карієсом зуба, лікуванні періодонтиту. Випадання пломби може бути пов'язане з неправильним вибором пломбувального матеріалу або порушенням технології його застосування. Крім того, у результаті травми може відбутися відлам стінки зуба й часткове випадання пломби. Необхідно провести клініко-рентгенографічне дослідження, за наявності позитивних результатів провести повторне пломбування зуба сучасними пломбувальними матеріалами.

Наступним частим ускладненням, особливо при девіталічних методах лікування пульпіту, є розвиток хронічного періодонтиту. Довгий час він може протікати безсимптомно й виявлятися тільки при рентгенографічному дослідженні.

У разі зниження захисних сил організму, поєднання місцевих подразників може відбутися загострення хронічного процесу у періодонті та виникнення однієї з форм загостреного хронічного періодонтиту (фіброзного, гранулюючого, гранулематозного). Таким пацієнтам проводять ретельне клініко-рентгенографічне дослідження й здійснюють увесь комплекс ендодонтичних заходів залежно від характеру виявленої патології.

У разі суворого дотримання методики лікування, повноцінного матеріального забезпечення та високого професіоналізму лікаря-стоматолога зуби, вилікувані від пульпиту, можуть служити пацієнту ще багато років.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

Ситуаційні задачі

1. Хворий 30 р. звернувся зі скаргами на мимовільні нічні напади болю в зубі 1.3. Больові напади продовжуються 10–15 хв, безболісні проміжки – 1,5–2 год. Болі іррадіюють у підочну ділянку. Анамнез: зуб 1.3 раніше не лікували, болить протягом 2 діб. Об'єктивно: на апроксимально-латеральній поверхні зуба 1.3 глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба. Дентин дна каріозної порожнини розм'якшений. Зондування дна каріозної порожнини різко болісне. Холодна вода викликає больовий напад. Перкусія безболісна. ЕОД – 35 мкА.

1. Проведіть диференційну діагностику.

2. Назвіть найімовірніший діагноз.

3. Які методи лікування можна застосувати?

4. Чи показано використання біологічного методу лікування в даному клінічному випадку?

5. Перелічіть основні етапи лікування.

2. Хворий 20 р. скаржиться на інтенсивний мимовільний біль у лівій верхній щелепі, який посилюється від холодного. Анамнез: хворий прокинувся два дні тому вночі від болю і не зміг заснути до ранку. Для полегшення стану приймав анальгін. Під час нападу біль іррадіює по верхній щелепі у вилицю. Об'єктивно: на апроксимальних поверхнях зуба 2.6 виявлено глибокі каріозні порожнини.

1. Перерахуйте захворювання, можливі при даній симптоматиці.

2. Назвіть попередній діагноз.

3. Які методи обстеження необхідно провести з метою постановки остаточного діагнозу?

4. Які методи лікування можна застосувати?

5. Перелічіть основні етапи лікування.

3. Хворий 45 р. скаржиться на тривалий ниючий біль у зубі на верхній щелепі праворуч, який виникають при зміні температури навколишнього середовища та під час їжі. Об'єктивно: у пришийковій ділянці зуба 1.6 виявлено глибоку каріозну порожнину, яка сполучається з порожниною зуба. Зондування різко болісне в одній точці. Електрозбудливість пульпи – 50 мкА.

1. Перерахуйте захворювання, найбільш імовірно при даній симптоматиці.
2. Обґрунтуйте остаточний діагноз.
3. Укажіть методи лікування
4. Які особливості ендодонтичного лікування зуба 1.6 при такому розташуванні каріозної порожнини?

4. Хвора 37 р. звернулася зі скаргами на неприємний запах з рота, біль від гарячого в зубі 2.7. Біль з'явився близько місяця тому. Об'єктивно: коронка зуба сіруватого кольору. На жувальній поверхні зуба 2.7 визначено глибоку каріозну порожнину, яка широко сполучається з порожниною зуба. Зондування коронкової пульпи безболісне, кореневої – болоче. Гаряча вода викликає напад болю.

1. Поставте діагноз.
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Чому зондування коронкової частини пульпи безболісне?
4. Який метод лікування є оптимальним?
5. Перелічить основні етапи лікування.

5. Хворий 35 р. звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на наявність каріозної порожнини в зубі 2.4, болючі відчуття під час потрапляння їжі в каріозну порожнину, повільне наростання болю від температурних подразників. Анамнез: перші симптоми з'явилися місяць тому, турбували гострі напади болю в зубі, які знімав анальгетиками. Об'єктивно: на жувальній поверхні зуба 2.4 глибока каріозна порожнина, виконана розм'якшеним пігментованим дентином, після видалення якого порожнина зуба розкрита в одній точці, зондування різко болісне, пульпа кровоточить.

1. Поставте діагноз.
2. Які методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Проведіть диференційну діагностику.
4. Які методи лікування можна застосувати?
5. Яка анатомічна будова каналів 2.4 зуба?

6. Хворий 20 р. скаржиться на розростання тканини в зубі 3.6, біль та кровоточивість під час приймання їжі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 3.6 зуба глибока каріозна порожнина, заповнена грануляційною тканиною, при зондуванні утворення кровоточить, болісне.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які додаткові методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Проведіть диференційну діагностику. Поставте остаточний діагноз.
4. Який метод лікування є оптимальним?
5. Які особливості анатомічної будови каналів зуба 3.6?

7. Пацієнт 20 р. звернувся до клініки зі скаргами на тривалий біль від холодного у зубі 2.7. Вперше скарги виникли добу тому. Об'єктивно: в зубі 2.7 на медіально-жувальній поверхні глибока каріозна порожнина. Дентин

дна та стінок м'який, порожнина зуба не розкрита, зондування різко болісне в ділянці медіально-щічного рогу пульпи, перкусія безболісна, ЕОД – 30 мкА.

1. Поставте діагноз.
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Які методи лікування можна використовувати в даній клінічній ситуації?
4. Перелічить етапи лікування.

8. Хворий 20 р. звернувся зі скаргами на наявність каріозної порожнини у зубі 3.7. Об'єктивно: на жувальній поверхні зуба 3.7 визначено глибоку каріозну порожнину. Дно та стінки порожнини виконані розм'якшеним дентином. Реакція на холодне – короткочасний біль. Зондування дна в ділянці медіально-щічного рогу пульпи болісне. Під час екскавації дентина було розкрито ріг пульпи.

1. Обгрунтуйте остаточний діагноз.
2. Перелічить усі можливі методи лікування даного захворювання.
3. Чи можливе збереження життєздатності пульпи в цьому зубі?

Обгрунтуйте.

4. Складіть план лікування.
5. Назвіть лікувальні матеріали для даної клінічної ситуації.

9. Пацієнт 68 р. скаржиться на тривалий біль від холодного в зубі на нижній щелепі ліворуч. Об'єктивно: на жувальній поверхні зуба 3.7 глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба. Зондування пульпи різко болісне, пульпа кровоточить. Реакція на холод тривала, перкусія безболісна, ЕОД – 60 мкА. На рентгенограмі: медіальні кореневі канали облітеровані, змін у періапикальних тканинах немає.

1. Поставте діагноз.
2. Назвіть методи лікування цієї клінічної ситуації.
3. Яка методика накладання девіталізуючої пасти?
4. Назвіть девіталізуючі пасти без миш'яку.
5. Перелічить етапи девітального комбінованого методу лікування пульпіту.

10. Пацієнт 48 р. скаржиться на ниючий біль у зубі 1.4, що посилюється під час прийому їжі. Об'єктивно: на жувально-дистальній поверхні зуба 1.4 глибока каріозна порожнина, дно порожнини розм'якшено, порожнина зуба розкрита, пульпа кровоточить.

1. Поставте та обгрунтуйте діагноз.
2. Назвіть кореневі канали зуба 1.4.
3. Який метод лікування показаний у цій клінічній ситуації?
4. Яким інструментом доцільно розширити устя кореневих каналів?
5. Які ендодонтичні інструменти використовують під час обробки кореневих каналів?

11. Хворий 35 р. звернувся зі скаргами на мимовільний, нападаподібний, короткочасний біль у зубі на нижній щелепі праворуч. Біль локалізований. Зуб болить протягом доби. При об'єктивному огляді в 4.4 на контактній поверхні глибока каріозна порожнина, заповнена непігментованим роз-

м'якшеним дентином. Порожнина зуба не розкрита. Зондування дна різко болісне в одній точці, реакція на холод різко болісна. Поставлений діагноз «гострий осередковий пульпіт».

1. Який метод лікування потрібно застосувати в цьому випадку?
2. Перелічить етапи лікування.

12. У хворого болить зуб на верхній щелепі у фронтальній ділянці протягом двох діб, почався раптово вночі. Біль нападаподібний, тривалий. Місяць тому зуб 1.1 був лікований із приводу карієсу, накладена пломба. Після обстеження поставлений діагноз «гострий дифузний пульпіт 1.1».

1. Оберіть та обґрунтуйте метод лікування зуба 1.1.
2. Перелічить етапи лікування

13. Пацієнт 68 р. звернувся до лікаря зі скаргами на мимовільний, нападаподібний біль у зубі на нижній щелепі ліворуч, ірадіює у вухо. Спочатку відзначався незначний, короткочасний, нападаподібний біль у нічний час, потім напади стали більш тривалими й інтенсивними. При об'єктивному огляді: в зубах 3.4, 3.5, 3.6 – інтактні, в 3.7 – пломба з композита. Раніше зуб 3.7 був лікований із приводу глибокого карієсу. Після обстеження поставлений діагноз «загострення хронічного фіброзного пульпіту зуба 3.7».

1. Оберіть та обґрунтуйте метод лікування
2. Перелічить етапи лікування

14. Хворому 25 р. провели препарування 1.5, 2.4, 2.5 зубів під наркозом з метою протезування. Наступного дня пацієнт відзначив швидкоплинний біль від температурних подразників у ділянці 1.5, ЕОД – 15 мкА.

1. Який діагноз?
2. Яка тактика лікаря в цьому випадку?

15. Хвора 36 р. звернулася зі скаргами на мимовільний нападаподібний біль у зубах правої верхньої щелепи, який ірадіює у виличну й скроневу ділянки. Біль посилюється від температурних подразників і в нічний час. При огляді: 15, 16 покриті штучними коронками, в 14-му – глибока каріозна порожнина, виконана непігментованим розм'якшеним дентином. При зондуванні відзначається болісність по всьому дну, порожнина зуба не розкрита. Реакція на холод різко болісна і ще довго триває після видалення подразника. З анамнезу: у хворої хронічний гайморит з періодичними загостреннями. Поставлений діагноз: гострий дифузний пульпіт 14-го зуба.

1. Який метод лікування слід застосувати в цьому випадку?
2. Перелічить етапи лікування.

16. Хвора звернулася зі скаргами на наявність порожнини й біль у бічному зубі на правій верхній щелепі, що виникає від температурних подразників під час їжі, що довго триває після усунення подразника. Каріозна порожнина з'явилася давно (близько двох років тому), раніше зуб болів дуже сильно, особливо вночі, потім заспокоївся. До лікаря не зверталася. При огляді: на жувальній поверхні 16 виявлена глибока каріозна порожнина,

що сполучається з порожниною зуба. Зондування в розкритій точці різко болісне, реакція на холодну воду болісна, довго триває після видалення подразника. Показник електрозбудності пульпи – 40 мкА. Поставлений діагноз: хронічний фіброзний пульпіт 16-го зуба.

1. Яка тактика лікаря в цьому випадку?

2. Перелічить етапи лікування.

17. Пацієнт 18 р. звернувся до лікаря зі скаргами на наявність каріозної порожнини в бічному зубі на лівій верхній щелепі. Зуб раніше був лікований із приводу карієсу, але три місяці тому пломба випала. При огляді: на жувальній поверхні 26-го зуба виявлена глибока каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним, непігментованим дентином. При препаруванні каріозної порожнини відбулося розкриття порожнини зуба. Зондування в розкритій точці болісне. Лікар поставив діагноз: гострий травматичний пульпіт.

1. Оберіть адекватний метод лікування.

2. Перелічить етапи лікування.

18. Хвора 17 р. звернулася зі скаргами на ниючий біль і кровоточивість із бічного зуба на нижній щелепі ліворуч. Об'єктивно: в 37-му зубі глибока каріозна порожнина, з якої вибухає тканина, що розрослася, яка при зондуванні різко болісна й кровоточить. Реакція на холодне болісна, тривала. Рентгенографічно періодонтальна щільність не змінена. Поставлено діагноз: хронічний гіпертрофічний пульпіт.

1. Оберіть та обґрунтуйте вибір методу лікування в цьому випадку.

2. Перелічить етапи лікування.

19. Пацієнтка 40 р. скаржиться на біль у бічному зубі на лівій верхній щелепі під час вживання гарячої їжі. Біль має наростаючий характер, а потім поступово стихає. При об'єктивному огляді на жувальній поверхні 26-го зуба виявлена глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Зондування в розкритій точці безболісне. Відзначається болісність при глибокому зондуванні порожнини зуба. Вертикальна перкусія безболісна.

1. Поставте та обґрунтуйте діагноз.

2. Оберіть метод лікування.

20. Під час диспансерного огляду хвора скаржиться на те, що 21-й зуб трохи темніше, ніж 11-й. Крім того, іноді відчуває незручність та наростаючий біль від дуже гарячої їжі, який довго триває після усунення подразника. Під час огляду на контактній поверхні 21-го зуба виявлена пломба з композитного матеріалу. Зі слів хворої, пломба була поставлена два роки тому. При вертикальній перкусії незначна болісність. На рентгенограмі відзначається рівномірне розширення періодонтальної щільності в періапикальній ділянці, ЕОМ – 80 мкА.

1. Поставте діагноз.

2. Оберіть та обґрунтуйте вибір методу лікування.

21. Хвора 53 р. скаржиться на короткочасний, мимовільний біль у ділянці бічного зуба на лівій верхній щелепі, що посилюється від температурних подразників. Біль в зубі з'явився раптово, добу назад, раніше ніколи не турбував. Під час огляду: на жувальній поверхні 26-го зуба глибока каріозна порожнина, заповнена непігментованим розм'якшеним дентином. Зондування дна болісне в одній точці, сполучання з порожниною зуба немає. В анамнезі у хворої виявлена гіпертонія й цукровий діабет.

1. Поставте діагноз.
2. Оберіть та обгрунтуйте метод лікування.

Тестові завдання

1. Хворий 25 р. скаржиться на мимовільний нападopodobний біль в лівій скроні, що спонтанно виникає ввечері. Інколи біль виникає при нахилах голови, при злетах літака. Об'єктивно: всі зуби інтактні, оголення шийок 24-го і 36-го зубів. Перкусія 24-го зуба дає слабо виражений біль. На рентгенограмі 24-го зуба в центральній частині коронкової порожнини визначається утворення дентиноївої щільності – 0,5×0,5 мм. Запропонуйте метод лікування:

- A. Вітальна ампутація 24-го зуба.
- B. Курс новокаїнової блокади з вітаміном В1.
- C. Електрофорез з йодидом калію в проєкції верхівки 24-го зуба.
- D. Ремінералізуюча терапія пришийкових ділянок 24-го і 36-го зубів.
- E. Вітальна екстирпація пульпи 24-го зуба.

2. Хворому 32 р. поставлений діагноз: хронічний фіброзний пульпіт 27-го зуба. Планується проведення лікування методом вітальної екстирпації з використанням анестетика амідного ряду для туберальної та піднебінної анестезії. Виберіть розчин для анестезії:

- A. Мепівастезин 3 %. C. Анестезин 5 %. E. Новокаїн 2 %.
- B. Дикаїн 2 %. D. Лідокаїн 10 %.

3. Під час лікування гострого глибокого карієсу 16-го зуба у пацієнтки 18 р. було перфоровано пульпову камеру. Перфорація у вигляді точки в проєкції рога пульпи. Яку тактику лікування доцільно застосувати в даному випадку?

- A. Девітальну ампутацію.
- B. Біологічний метод.
- C. Накласти ізоляційну прокладку та постійну пломбу.
- D. Девітальну екстирпацію.
- E. Вітальну екстирпацію.

4. Пацієнту 35 р. проводиться лікування хронічного фіброзного пульпіту 25-го зуба. Планується пломбування каналу методом вертикальної конденсації розігрітої гутаперчі. Який інструмент необхідний для конденсації гутаперчі?

- A. Ендодонтичний зонд. C. Плагер. E. Спредер.
- B. К-файл. D. Коренева голка.

5. Пацієнту показане ендодонтичне лікування 21-го зуба. Інструментальна обробка каналу проводиться ручними ендодонтичними інструментами. Як називається ендодонтичний інструмент, виготовлений шляхом спіральної конусоподібної нарізки (виточування) сталевого дроту круглого перерізу (фрезерування)?

A. Спредер. B. К-файл. C. К-ример. D. Н-файл. E. Плагер.

6. Хворий 20 р. звернувся зі скаргами на виникнення безпричинних больових нападів (5–7 хв) у ділянці 36-го зуба протягом доби. Об'єктивно: в 36-му зубі глибока каріозна порожнина на жувальній поверхні. Зондування болісне в одній точці, холодова проба болісна, з післядією 5 хв. Перкусія безболісна. На рентгенограмі кореневі канали мають незначний вигин, просвіт каналів чітко відображений. Зуб планується як опора для мостоподібного протеза. Який із перерахованих методів лікування є найбільш прийнятним?

A. Біологічний. D. Девітальна ампутація.

B. Вітальна ампутація. E. Пломбування каріозної порожнини.

C. Вітальна екстирпація.

7. Під час лікування хворого з приводу загостреного хронічного пульпіту 16-го зуба було здійснено obturaцію системи корневих каналів способом латеральної конденсації гутаперчі. Які з перерахованих інструментів слід використати для даного методу лікування?

A. Каналонаповнювач. C. Плагер. E. Зонд.

B. Штопфер. D. Спредер.

8. Пацієнтка віком 25 р. звернулася зі скаргами на сильний біль в ділянці верхньої щелепи, що посилюється від вживання гарячої їжі та напоїв, відчуває полегшення болю від дії холодної рідини. Об'єктивно: в 24-му зубі каріозна порожнина заповнена розм'якшеним дентином, зондування дна каріозної порожнини різко болісне, перкусія позитивна. ЕОД – 50 мкА. Який метод лікування найбільш доцільний?

A. Девітальна ампутація. D. Девітальна екстирпація.

B. Біологічний. E. Вітальна екстирпація.

C. Вітальна ампутація.

9. Жінка 28 р. звернулася зі скаргами на постійний біль у 34-му зубі, що посилюються під час накушування. Чотири дні тому була встановлена миш'яковиста паста. Своєчасно на прийом пацієнтка не з'явилася. При об'єктивному дослідженні встановлено: на дистально-жувальній поверхні 34-го зуба – герметична пов'язка, перкусія різко болісна. Яка лікувальна тактика найбільш доцільна в даному випадку?

A. Промивають антидотом і пломбують кореневий канал.

B. Видаляють дентинну пов'язку, призначають електрофорез з антидотом по перехідній складці.

C. Промивають антидотом кореневий канал, зуб залишають відкритим.

D. Антидот миш'яку залишають у кореновому каналі під герметичною пов'язкою.

E. Жодна з перерахованих.

10. Під час лікування хворого з приводу хронічного гангренозного пульпіту 26-го зуба проведена іригація кореневих каналів антисептиком, що має здатність проникати в структури біоплівки, руйнувати їх і викликати розчинення органічних тканин. Який антисептик застосував лікар?

- A. Фізіологічний розчин. D. Розчин перекису водню.
B. Розчин гіпохлориту натрію. E. Розчин хлоргексидину.
C. Розчин фурациліну.

11. Пацієнту планується ендодонтичне лікування 21-го зуба через загострення хронічного пульпіту. Лікар-стоматолог вибирає інструменти для лікування. Для чого використовують спредер?

- A. Розширення корневих каналів.
B. Визначення довжини корневих каналів.
C. Пломбування корневих каналів.
D. Видалення пульпи з корневих каналів.
E. Визначення прохідності корневих каналів.

12. Хворому 36 р. поставлений діагноз: хронічний фіброзний пульпіт. Проведене препарування, ампутація, екстирпація пульпи, інструментальна й медикаментозна обробка каналів. Як необхідно провести пломбування каналів?

- A. До рентгенологічної верхівки. D. До анатомічної верхівки.
B. До фізіологічної верхівки. E. Не доходячи 0,5 мм до верхівки.
C. За верхівку.

13. Хворому 20 р. поставлений діагноз: гострий дифузний пульпіт 11-го зуба. Який метод лікування необхідно використовувати?

- A. Біологічний. D. Вітальної екстирпації.
B. Вітальної ампутації. E. Девітальної екстирпації.
C. Девітальної ампутації.

14. Хворому 28 р., був поставлений діагноз: хронічний гіпертрофічний пульпіт 47-го зуба. Рентгенографічно в ділянці верхівок коренів змін не виявлено. ЕОД – 90 мкА. Назвіть оптимальний метод лікування.

- A. Девітальна екстирпація. D. Біологічний метод.
B. Вітальна екстирпація. E. Вітальна ампутація.
C. Девітальна ампутація.

15. Стоматолог проводить лікування 26-го зуба з приводу хронічного фіброзного пульпіту у хворого 53 р. методом девітальної екстирпації. Повну екстирпацію з медіально-щічного каналу провести не вдалося через зігнутість кореня. Оберіть оптимальний матеріал для пломбування корневих каналів у даній клінічній ситуації.

- A. Біокалекс. C. Форедент. E. Фосфат-цемент.
B. АН Plus. D. Ендометазон.

16. Хворому 47 р. проводиться лікування 47-го зуба комбінованим методом хронічного гангренозного пульпіту, що загострився. Яку з перелічених нижче паст необхідно використовувати для накладання на устя непрохідного каналу?

- A. Анексит. C. Трикрезол-формалінову. E. Пульпомексин.
B. Каріосан. D. Силанекс.

17. Хвору 27 р. турбує мимовільний біль, що посилюється від температурних подразників, які тривають 15–20 хв після їхнього усунення. Об'єктивно: в 24 глибока каріозна порожнина 2-го класу за Блекум, виконана щільним пігментованим дентином. Зондування дна порожнини болісне в одній точці. Холодова проба болісна. Який метод лікування повинен використати стоматолог?

- A. Вітальну ампутацію. D. Біологічний.
B. Вітальну екстирпацію. E. Девітальну екстирпацію.
C. Комбінований.

18. Хворому 56 р. проводять лікування хронічного фіброзного пульпіту 36-го зуба комбінованим методом з використанням внутрішньоканального електрофорезу йодиду калію. Що з перерахованого необхідно використати для фіксації активного електрода?

- A. Дентин-пасту. C. Липкий віск. E. Водяний дентин.
B. Ватяну кульку. D. Цинк-евгенольну пасту.

19. Хворому 25 р. поставлений діагноз: гострий дифузний пульпіт 25-го зуба. Під час лікування методом вітальної екстирпації виникла кровотеча з кореневого каналу. Який кровоспинний препарат слід використати?

- A. 0,02 % розчин фурациліну. D. 5 % розчин амінокапронової кислоти.
B. 0,25 % розчин хлораміну. E. 0,05 % розчин хлоргексидину.
C. 2 % розчин йоду.

20. Пацієнту 55 р. поставлений діагноз: гострий дифузний пульпіт 15-го зуба. В анамнезі інсулінозалежний цукровий діабет, гіпертонічна хвороба. Оберіть адекватний метод лікування.

- A. Девітальна ампутація. D. Вітальна екстирпація.
B. Комбінований метод. E. Біологічний метод.
C. Девітальна екстирпація.

21. Який метод лікування доцільно використовувати при діагнозі: пульпіт, ускладнений періодонтитом в 17-му зубі?

- A. Девітальна екстирпація. D. Зуб лікуванню не підлягає.
B. Вітальна екстирпація. E. Комбінований метод лікування.
C. Девітальна ампутація.

22. Хворому 19 р. при лікуванні глибокого карієсу 36-го зуба під час препарування каріозної порожнини лікар випадково розкрив ріг пульпи. Який метод лікування показаний у цьому випадку?

- A. Комбінований. D. Біологічний.
B. Вітальна екстирпація. E. Вітальна ампутація.
C. Девітальна екстирпація.

23. При якому з перерахованих методів лікування пульпіту застосовують муміфікуючі пасти?

- A. Повному збереженні пульпи. D. Девітальній екстирпації.
B. Частковому збереженні пульпи. E. Вітальній екстирпації.
C. Комбінованому методі лікування.

24. Хворий 29 р. після клінічного обстеження поставлений діагноз: хронічний гіпертрофічний пульпіт 44-го зуба. Виберіть адекватний метод лікування зуба.

A. Девітальна екстирпація.

D. Вітальна ампутація.

B. Вітальна екстирпація.

E. Девітальна ампутація.

C. Біологічний.

25. Хворий 20 р. скаржиться на мимовільний короткочасний локалізований біль в 26-му зубі, який турбує 1 день. Об'єктивно: в 26-му зубі глибока каріозна порожнина першого класу, дентин стінок і дна не пігментований, розм'якшений, каріозна порожнина не сполучається з порожниною зуба. Зондування різко болісне в одній точці, реакція на холод різко болісна. Діагностований гострий обмежений пульпіт. Який найбільш раціональний метод лікування в цьому випадку?

A. Біологічний.

D. Вітальна екстирпація.

B. Вітальна ампутація.

E. Девітальна ампутація.

C. Девітальна екстирпація.

26. Пацієнт 22 р. звернувся зі скаргами на біль у зубі на верхній щелепі, що посилюється при накушуванні. Із анамнезу – три дні тому закінчене лікування 21-го зуба з приводу гострого пульпіту. Канал запломбований фосфат-цементом. Об'єктивно: пломба з композиційного матеріалу, реакція зуба на температурні подразники негативна, перкусія позитивна. На Ro-грамі незначний надлишок пломбувального матеріалу за верхівкою кореня. Який буде тактика лікаря-стоматолога?

A. Призначення фізіотерапевтичного лікування.

B. Призначення медикаментозного лікування.

C. Розпломбування каналу.

D. Спостереження за хворим.

E. Резекція верхівки кореня.

27. Хворий звернувся зі скаргами на біль у 26-му зубі, що виникає від гарячої їжі, неприємний запах з рота. В анамнезі: періодично виникає мимовільний біль. Об'єктивно: в 26-му зубі глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Перкусія чутлива, зондування, термодіагностика безболісна. ЕОД – 70 мкА. Який метод лікування буде оптимальним у цьому випадку?

A. Вітальна екстирпація.

D. Вітальна ампутація.

B. Девітальна ампутація.

E. Девітальна екстирпація.

C. Консервативний.

28. У хворій 24 р. при лікуванні середнього карієсу 35 (V клас за Блеком) випадково була розкрита порожнина зуба. Якою повинна бути тактика лікаря?

A. Зробити вітальну ампутацію пульпи.

B. Зробити девітальну екстирпацію пульпи.

C. Зробити вітальну екстирпацію пульпи.

D. Накласти одонтоτροпну пасту.

E. Накласти пасту, що муміфікує.

29. Хвора 25 р. звернулася зі скаргами на наявність каріозної порожнини в 35-му зубі, на гострий мимовільний нічний біль, що виник добу тому. Після обстеження поставлений діагноз: гострий осередковий пульпіт 35-го зуба. Після закінчення лікування передбачається покриття зуба штучною коронкою. Який метод лікування слід обрати?

- A. Девітальну ампутацію. D. Вітальну екстирпацію.
B. Вітальну ампутацію. E. Девітальну екстирпацію.
C. Біологічний метод.

30. Хвора 45 р. скаржитья на біль від температурних подразників, мимовільний біль у 26-му зубі. Тиждень тому зуб лікували з приводу пульпіту. Об'єктивно: 26-й зуб під пломбою, перкусія чутлива, реакція на температурний подразник – біль, який повільно посилюється, тривалий. На рентгенограмі – піднебінний канал запломбовано на 2/3, у щічних каналах матеріал не відстежується. Що з перерахованого є імовірною причиною даного ускладнення?

- A. Неповна екстирпація пульпи.
B. Неадекватне пломбування каналів.
C. Розвиток інфекції.
D. Розвиток запалення в періодонті.
E. Травма тканини періодонта.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. Методи лікування пульпіту.
2. Методика лікування пульпіту зі збереженням усієї пульпи (біологічний метод) :
 - a) показання, протипоказання;
 - b) засоби, що для цього застосовуються;
 - c) методика виконання.
3. Метод часткового збереження пульпи (вітальна ампутація):
 - a) показання, протипоказання;
 - b) методика виконання.
4. Метод вітальної екстирпації:
 - a) показання, протипоказання;
 - b) методика виконання.
5. Девітальний метод лікування пульпіту:
 - a) показання, протипоказання;
 - b) методика виконання;
 - c) механізм дії миш'яквистої та параформальдегідної паст.
6. Помилки й ускладнення при лікуванні пульпіту.

ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Терапевтична стоматологія : підручник : у 4 т. / М. Ф. Данилевський та ін. Київ : Здоров'я, 2004. Т. 2. С. 265–310.
2. Ніколішин А. К. Терапевтична стоматологія : підручник : у 2 т. Полтава : Дивосвіт, 2005. Т. 1. С. 314–331, 363–366.
3. Терапевтична стоматологія : підручник / за ред. А. К. Ніколішина. 2-е вид., випр. і доп. Вінниця : Нова Книга, 2012. С. 295–303.
4. Стоматологічні захворювання : терапевтична стоматологія : підручник / А. В. Борисенко та ін.; за ред. А. В. Борисенка. Київ : ВСВ «Медицина», 2017. 664 с.
5. Мельничук Г. М., Рожко М. М. Практична одонтологія. Курс лекцій з карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту й періодонтиту : навч. посіб. Івано-Франківськ, 2003. С. 190–261.
6. Лекції.

Допоміжна

1. Мазур І. П., Хайтович М. Ф., Голопихо Л. І. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології : навч. посіб. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. 376 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці : навч. посіб. / І. М. Скрипник, П. М. Скрипников, Л. Я. Богашова, О. Ф. Гопко Київ : ВСВ «Медицина», 2013. 224 с.
3. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст] : підручник / І. Я. Марченко та ін. ; за заг. ред. І. М. Ткаченко. Полтава : АСМІ, 2016. 439 с.

Навчальне видання

ПУЛЬПІТ

Частина II. Лікування пульпіту

*Методичні вказівки
для здобувачів освіти III курсу
стоматологічного факультету*

2-е видання друге, перероблене та доповнене

Упорядники Любченко Ольга Валеріївна
Андрєєва Олена Вікторівна
Бурцев Богдан Геннадійович
Воропаєва Людмила Василівна
Гур'єва Тетяна Євгенівна
Крючко Алла Іванівна
Максимова Анастасія Юріївна
Стеблянко Людмила Вікторівна

Відповідальна за випуск О. В. Любченко



Редактор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,75. Зам. № 25-54.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.