Я. Г. М. А.

кафедра стоматологии

Зав.кафедрой

профессор

Варшавский А.И.

РЕФЕРАТ

«Неотложная помощь в эндодонтии»

Выполнила:

Игнатович Л.Г.

2008

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

В последние годы отмечается выделение самостоятельных разделов стоматологии, таких как, патология слизистой оболочки рта, пародонтология, материаловедение. Совершенно четко наметилась тенденция к выделению также эндодонтии – крупного раздела стоматологии, имеющего свои цели и задачи. Специфика данного раздела современной стоматологии обусловлена, прежде всего, значительной распространенностью заболевание пульпы и периодонта, особенностями их лечения, влиянием очагов одонтогенной инфекции на отдельные органы, системы и организм в целом, трудностями и профилактической направленностью эндодонтического лечения воспаления пульпы и пародонта. Этот раздел стоматологии тесно связан с созданием, изучением в эксперименте и клинике новых пломбировочных материалов, эндодонтического инструментария, а также современных методов ортопедического лечения. В широком смысле – эндодонтия – это одонтохирургия, и последующее ортопедическое лечение, не говоря уже об одонтопластике (гемисекция, реплантосция зубов, резекция верхушки корней зубов).

Эндодонтические манипуляции являются основой лечения зубов при пульпите и периодонтите. Пожалуй это наиболее сложные для мануального исполнения процедуры в терапевтической стоматологии. Ограниченные возможности зрения врача затрудняют поиск корневых каналов. Этим можно объяснить о внедрении в клиническую практику операционных микроскопов и линз. При эндодонтических вмешательствах очень важно неукоснительное соблюдение последовательности в выполнении всех манипуляций на каждом этапе – от сбора анализа до наложения пломбы, правильное оснащение рабочего места.

На этапе постановки диагноза врачу, помимо традиционных средств и инструментов, необходимо иметь аппарат для определения жизнеспособности пульпы (пульпотест, дентотест и др. важно определить глубину вхождения инструмента в корневой канал. Для этого используют рентгеновские установки и проявочные приборы. Пленка должна быть высокочувствительной, чтобы без превышения допустимой дозы облучения производить рентгенологический контроль на этапах вмешательства. В последнее время в кабинета используют радиовидеограммы. Для обезболивания помимо обычных шприцев применяют шприцы для внутрилигаментарной анестезии, дающие возможность не только получить обезболивающий эффект, но и выявить зубы, манифестирующие болевую реакцию. Хорошо зарекомендовал себя метод определения степени проходимости каналов и топография апекса при помощи так называемых апекслокаторов. Последние поколения таких приборов, кроме того, сигнализируют о сужениях на ходу канала, а объединенные в единый операционно-диагностический блок с эндодонтическим наконечником дают возможность работать с файлами. Введение эндодонтических инструментов в полость рта должно производиться после наложения коффердама, кламмерного или укрощенного квикдама, в котором пробойником создают отверстие для зубов. Использование коффердама обеспечивает комыорт и безопасность пациента, облегчает работу врача, позволяет экономить время работы, поддерживать стерильность в операционной зоне. Одновременно с коффердамом применяют флоссы и клинья. Препарирование кариозной полости или интактных зубных тканей, обеспечивающие доступ к полости зуба, производится алмазными и твердосплавными борами в сочетании с турбинным наконечником или специальным микромотором. При несоответсвии топографии кариозной полости устьям корневых каналов или при сильном разрушении коронки зуба проводят реконструкцию последней. Вслед за этим с учетом оси зуба и топографии канала вскрывают и раскрывают полость зуба. С этого момента эндодонтический инструмент вступает в непосредственный контакт с пульпой или ее детритом, поэтому дальнейшая обработка сочетается с 1-5% раствором гидрохлорида натрия.

Удаление сводов дентина проводят борами без насечек, а устья каналов формируют в виде лунки борами с удлиненными ручками. В ряде случаев этими инструментами удается обработать до 1/3 длины корневого канала.

Далее измеряют длину корневого канала и намечают уровень возможного введения в канал инструмента: при лечении пульпита – на уровне физиологического сужения, при периодонтите – на уровне вершины апикального конуса. Выведение эндодонтического инструментария за эти пределы провоцирует осложнение. Этот этап проводится с использованием диагностических инструментов: корневых игл, стапперов и т.п.

Следующий этап эндодонтического вмешательства – механическая обработка корневого канала выполняется с целью обеспечения возможности заполнения полости зуба корневой пломбой после полной очистки от пульпы, петрификаторов, дентрита, опилок дентина, инфицированного дентина и придания каналу формы правильного конуса. Для облегчения движения инструмента его рабочую часть и стенку канала смазывают глицерином с ЭДТА, RC-prep, Calzinase. Flow-canal и др.

Антисептическую обработку уместно сочетать с промыванием канала, при этом используют препараты на основе гидрохлорида натрия; 30% раствор хлор-гексидина, метрагил и другие препараты на основе метронидазона, 30% раствор мочевины, которые нагнетают в канал при помощи эндодонтического шприца. На последнем этапе каналы высушивают бумажными штифтами и турундами соответствующего диаметра (по ISO) и приступают к пломбированию под постоянным рентгенологическим контролем.

Для эндодонтической обработки необходимы режущие инструменты, работающие в режиме вращения сверла и в режиме сглаживания рельефа – напильника различного диаметра, разной степени конусности, длины, формы, гибкости.

ПУЛЬПИТ

Воспалительный процесс в пульпе – пульпит, является результатом реакции тканей на различные раздражители. Развитие воспаления и его интенсивность существенно зависит от защитных факторов организма в целом и самой пульпы частности, а также от силы и длительности действия раздражителя. Эти факторы в основном обуславливают характер течения воспалительного процесса. В молодом возрасте когда обменные процессы и защитные свойства хорошо выражены воспалительный процесс в пульпе протекает остро. При неблагоприятных условиях иногда даже слабые раздражители могут вызвать воспаление пульпы с вялым хроническим течением. К факторам, оказывающим влияние на защитную функцию пульпы относят: возраст, наследственность, полноценность питания, перенесения и сопутствующие заболевания, гормональная активность, составление тканей пародонта, степень функциональной жевательной нагрузки. При выборе метода лечения необходимо учитывать и возраст, и общее состояние организма, а также состояние пульпы.

Причиной возникновения пульпита чаще всего биологические агенты (микробы и их токсины), попадающие в пульпу из кариозной полости через дентинные трубочки или перфорационное отверстие, из пародентального кармана или с кровотоком и лимфотоком при острых инфекционных заболевания и воспалительных процессах в окружающих зуб тканях через отверстие верхушки корня.

Большинство авторов считает основным возбудителем пульпита гемолитический и негемолитический стрептококки, хотя в пульпе обнаруживаются также диплококки, стафилококки, лактобациллы грибы. Начало воспаления связано с инфицированием поверхностных участков пульпы, прилежащих к кариозной полости, в дальнейшем микробы попадают и в корневую пульпу.

К воспалению пульпы может привести травма. Механическая травма часто возникает в результате удара, при этом происходит обнажения пульпы. Интенсивное стирание режущего края или жевательной поверхности коронки зуба может сопровождаться вскрытием полости зуба. Механическое, главным образом, термическое повреждение может произойти при неосторожном препарировании кариозной полости, а также при не соблюдении режима препарирования поверхности коронки зуба с целью изготовления искусственной коронки. К химическим факторам, могущим вызвать воспалительный процесс относят воздействие некоторыми лекарственными средствами 9спирт, эфир и др.), которыми врач обрабатывал кариозную полость.

Иногда токсичное действие на пульпу связано с использованием в качестве пломбировочного материала в недепульпинированных зубах.

Некоторые авторы предполагают в развитии пульпита аллергических факторов (медикаментозные и микробные аллергии). А в возникновении, развитии и течении пульпита существенная роль принадлежит общей иммунной реактивности организма, поэтому при ее снижении некоторые раздражители, даже физиологического прядка, могут вызвать деструктивные изменения пульпы, включая воспаление.

Для острых форм пульпита характерны четыре следующих симптома:

1. самопроизвольная боль. Интенсивность боли, периодичность болевых приступов зависят от остроты клинического течения воспалительного процесса. Возникновение самопроизвольных болей объясняется многими причинами: нарушением кровообращения, раздражением нервных окончаний бактериальными токсинами и продуктами распада органической субстанции дентина и пульпы, изменением PH в очаге воспаления.
2. Действие раздражителей приводит к продолжительному болевому приступу. Известно, что при кариесе образуется кратковременная боль, которая прекращается немедленно после действия раздражителя. При пульпите же болевое действие продолжается некоторое время и после устранения раздражителя. Болевая реакция при пульпите возникает и от воздействия даже слабых раздражителей. Так если здоровая пульпа воспринимает тепло при t 50-60º, холод – 15-20º, то диапазон температурных колебаний, на который отвечает воспаленная пульпа, значительно сужается и орошение водой t 28-30º вызовет боль.
3. Усиление болей ночью характерно для острого пульпита и обострения хронического пульпита. Известно, что боль, сопровождающая любое заболевание, ночью воспринимается сильнее, чем днем. Это объясняется преобладанием в ночное время парасимпатической нервной системы над симпатической. Вышесказано предположение, что усиление болей связано с замедлением ночью ритма сердечной деятельности, а следовательно, и кровообращения, что ведет к накоплению в пульпе токсических продуктов обмена, вызывающих раздражение нервных рецепторов.
4. Приступообразный характер болей с безболевыми промежутками характерен для острого обострения хронического пульпита. Такое чередование связано, вероятно, с адапционной способностью организма к восприятию длительной боли, переутомленностью нервной системы, периодическим сдавливанием нервных рецепторов результате отека пульпы и т.д. Иногда в промежутках между приступами боли отмечается гиперестезия определенных участков кожи лица и шеи, соответствующих пораженным зубам. Повышенная чувствительность при острых формах пульпита встречается в 65-67% случаев.

При лечении пульпита перед врачом стоят следующие задачи:

1. избавить больного от болевых ощущений
2. ликвидировать инфекционно-токсический очаг в пульпе зуба
3. восстановить анатомическую и функциональную ценность зуба