

Методические рекомендации к занятию 6.

Занятие 6. Тема: Неотложная помощь в эндодонтии.

Общее время занятия –

Мотивационная характеристика темы:

Наиболее частой причиной зубной боли является воспаление пульпы и периапикальных тканей, вызванное инфекцией. Первостепенной задачей является устранение инфекции, при этом следует учитывать, что острый клинический процесс требует немедленных действий. Очень часто стоматолог вынужден оказывать помощь по острой боли внепланово и в короткие сроки, это требует хороших клинических навыков, и особое внимание в этом вопросе уделяется тщательной диагностике причин боли. Неотложное лечение является компромиссным и временным решением и важно проинформировать пациента о необходимости дальнейшего завершения лечения и прогнозах.

Целью неотложного лечения является облегчение или устранение боли с сохранением хорошего прогноза для последующего лечения и предотвращение неблагоприятных последствий.

Цель занятия: изучить алгоритм оказания экстренной помощи пациентам с острым течением заболеваний пульпы и периапикальных тканей.

Задачи занятия. Студент должен знать:

1. Перечень, клинику заболеваний, требующих оказания неотложной помощи на эндодонтическом приёме.
2. Первостепенные методы диагностики при оказании неотложной помощи стоматологом-терапевтом на эндодонтическом приёме.
3. Методы оказания неотложной помощи в эндодонтии.

Требования к исходному уровню знаний:

1. Знать план обследования стоматологического пациента.
2. Знать этику и деонтологию на стоматологическом приёме.
3. Знать строение и функции пульпы зуба.
4. Знать строение и функции апикального периодонта.
5. Знать классификации пульпитов и апикальных периодонтитов (МКБ-10).
6. Знать клинику, диагностику и дифференциальную диагностику различных форм острых пульпитов и апикальных периодонтитов.
7. Знать роль этиологических факторов, вызывающих воспаление в тканях апикального периодонта.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомо-гистологическое строение твёрдых тканей, пульпы зуба.
2. Биологические и биохимические процессы, происходящие в норме и при патологии в пульпе и периапикальных тканях зуба.
3. Характеристика стадий и фаз воспалительного процесса.
4. Антибактериальные препараты. Классификация, принципы терапии.
5. Нестероидные противовоспалительные препараты. Классификация, принципы терапии.

Контрольные вопросы по теме занятия: (???)

1. Понятия «неотложные состояния в эндодонтии», «острая боль на стоматологическом приёме».
2. Цели проведения мероприятия по неотложной помощи в эндодонтии.
3. Экстренные основные и дополнительные методы диагностики на стоматологическом приёме.
4. Клиническая картина неотложных состояний в эндодонтии.
5. Лечение неотложных состояний в эндодонтии.

Задание для самостоятельной работы студентов: реферирование статей по теме занятия в научной периодической литературе, изданной в Республике Беларусь и за рубежом; изучение клинических протоколов диагностики и лечения болезней пульпы и периапикальных тканей, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Краткий учебный материал по теме занятия:

В эндодонтии *неотложное состояние* определяется как патология, характеризующаяся болью или припухлостью, связанная с пульпой и периапикальными тканями, которая должна быть немедленно устранена, что приводит к незапланированному визиту пациента к врачу-стоматологу «*по острой боли*». Для облегчения состояния пациента требуется немедленная диагностика и лечение. Поскольку зубная боль имеет много причин, врач должен как можно быстрее диагностировать ее происхождение, чтобы обеспечить быстрое и эффективное облегчение этой боли.

Первая задача для клинициста - понять, является ли боль одонтогенной или неодонтогенной. Иногда бывает, что зубные боли, фактически не связаны с зубными структурами, и если не установить их происхождение, это приведет к неправильной диагностике и неадекватному лечению. Неодонтогенная боль может возникнуть в зубе и имитировать зубную боль, при этом вызывать ее может невралгия тройничного нерва, атипичная лицевая невралгия, мигрень, артроз или дисфункция височно-нижнечелюстного сустава; синусит может быть причиной боли в верхних жевательных зубах, а

боль при отите может отдавать в нижнюю челюсть. Даже опухоль на нижней челюсти может протекать с зубной болью в анамнезе. Зарубежными коллегами в ретроспективном исследовании было обнаружено, что неодонтогенная боль присутствовала у 12% пациентов, которым проводилось необоснованное эндодонтическое лечение, в связи с этим, всегда необходимо отдифференцировать неодонтогенную причину обращений, где эндодонтическое вмешательство не имеет необходимости. Чтобы сделать это в кратчайшие сроки на экстренном приёме, необходимо знать клиническую картину вышеперечисленных заболеваний.

Почти 90% пациентов, нуждающихся в неотложной стоматологической помощи, имеют симптомы заболеваний пульпы или периапикальных тканей, и их лечение обычно проводится между записанными пациентами. Несмотря на этот факт, обратиться пациент может с любыми жалобами, вызывающими боль и дискомфорт: отёк десневого капюшона ретенированных зубов, воспаления тканей маргинального периодонта, периодонтальные абсцессы, боль вследствие некорректных реставраций твёрдых тканей зубов, травмы и т.д. Однако в рамках нашей темы мы рассматриваем эндодонтическую неотложную помощь, которая, как правило, необходима пациентам со следующими диагнозами:

1. Пульпит острый;
2. Пульпит гнойный (пульпарный абсцесс);
3. Все хронические пульпиты в обострении (= острый пульпит)
4. Острый апикальный периодонтит;
5. Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема);
6. Периапикальный абсцесс со свищем;
7. Периапикальный абсцесс без свища.

Пульпит острый – характеризуется острой болью, возникающей от действия температурных раздражителей. Характерны самопроизвольные, ночные и иррадирующее боли, которые впервые появились и продолжаются в течение первых двух суток. Боль резко усиливается от холодного. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно в одной точке, перкуссия зуба безболезненна.

Пульпит гнойный (пульпарный абсцесс) – характеризуется острыми, пульсирующими, сильными иррадирующими болями, усиливающимися от горячего (теплого). Болевые приступы длительные, с короткими «светлыми» промежутками, возникают самопроизвольно, часто в ночное время суток. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно, перкуссия зуба может быть слабо болезненной;

Пульпит хронический – характеризуется ноющей болью от термических (болезненная реакция на холод) и механических раздражителей, после устранения которых боль некоторое время сохраняется. Зондирование дна кариозной полости болезненно, перкуссия зуба безболезненна;

Пульпит хронический язвенный – характеризуется ноющей болью, усиливающейся от температурных раздражителей. Механические раздражители могут вызывать чувство боли и распирания. Отмечается сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование в области устьев корневых каналов болезненное, перкуссия зуба безболезненна или слабо болезненна;

Пульпит хронический гиперпластический (пульпарный полип) – характеризуется причинной болью от механических раздражителей. В кариозной полости и полости зуба отмечается грануляционная ткань, которая болезненна и кровоточит при зондировании, перкуссия зуба болезненна;

Диагностика болезней пульпы в рамках неотложной помощи включает в себя:

сбор анамнеза;

внешний осмотр и пальпация челюстно-лицевой области;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов;

зондирование, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов;

физический метод исследования: термометрия (термопроба);

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): прицельная контактная внутриротовая рентгенография зубов.

Общими принципами лечения болезней пульпы постоянных зубов являются: предупреждение дальнейшего развития патологического процесса в пульпе зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений в апикальных тканях; сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы.

Лечение болезней пульпы в рамках неотложной помощи на экстренном приёме по острой боли включает в себя:

1. обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств для местной анестезии.
2. препарирование кариозной полости зуба со вскрытием полости зуба и наложением девитализирующей пасты на срок, указанный производителем; в дальнейшем на плановом приёме проведение метода девитальной экстирпации пульпы с последующим эндодонтическим лечением с применением для пломбирования

корневых каналов материалов для постоянной obtурации,
рентгенологический контроль;

3. консервативное лечение на дом - назначение анальгетиков (НПВС) для купирования воспалительной реакции и болевого синдрома.

Признаки и критерии, определяющие *болезни периапикальных тканей*:

Острый апикальный периодонтит – характеризуется болью постоянного характера, симптомом «выросшего зуба». Слизистая оболочка переходной складки в области причинного зуба гиперемирована, отечна. Определяется подвижность зуба. Перкуссия зуба резко болезненна. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Рентгенологические признаки либо отсутствуют, либо выражены незначительно;

Хронический апикальный периодонтит – характеризуется болями в анамнезе; ощущением дискомфорта при накусывании, возможно изменение цвета коронковой части зуба. Перкуссия слабо положительна. Регионарные лимфатические узлы могут быть увеличены. Рентгенологические признаки – анатомические изменения костных границ периодонтального пространства от расширения или сужения до очагов деструкции с четкими или нечеткими контурами в области верхушки корня;

Апикальная гранулема – характеризуется болями в анамнезе, ощущением дискомфорта при накусывании, возможно изменение цвета коронковой части зуба. Может присутствовать симптом вазопореза и выбухания на слизистой в области верхушки зуба. Перкуссия слабо положительна. Регионарные лимфатические узлы могут быть увеличены. Рентгенологически апикальная гранулема характеризуется наличием очага деструкции с четкими или нечеткими контурами в области верхушки корня размером до 8 мм;

Периапикальный абсцесс без свища – характеризуется болями на момент осмотра и в анамнезе, болезненностью при накусывании на причинный зуб. Возможен симптом «выросшего зуба», изменение цвета коронковой части зуба. Перкуссия резко болезненна. Регионарные лимфатические узлы увеличены, у пациента возможно повышение температуры тела. На рентгенограмме визуализируется диффузное деструктивное изменение костной ткани с нечеткостью границ и неопределенностью форм в области апикального периодонта; возможна резорбция верхушки корня;

Периапикальный абсцесс со свищом – характеризуется наличием болей в анамнезе; возможно изменение цвета коронковой части

зуба. Отек слизистой оболочки в области зуба; свищевой ход с гнойным отделяемым, как правило, в проекции верхушек корней. Перкуссия слабо болезненна. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Рентгенологически периапикальный абсцесс со свищем определяется как очаг деструкции с нечеткими и неровными контурами в области верхушки корня, или как очаг деструкции с нечеткими и неровными контурами в области межкорневой перегородки. Свищевой ход визуализируется на рентгенограмме в виде узкой полосы просветления (редко); возможна резорбция верхушки корня.

Диагностика болезней периапикальных тканей в рамках неотложной помощи включает в себя:

сбор анамнеза;
внешний осмотр и пальпация челюстно-лицевой области;
осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов;
зондирование, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб и протезов (при их наличии).
инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография зубов;
физический метод исследования: термометрия (термопроба).

Принципами лечения болезней периапикальных тканей постоянных зубов являются:

устранение очага одонтогенной инфекции с исключением возможности его инфекционно-токсического и аллергического воздействия на организм;
купирование воспалительного процесса в тканях периодонта;
предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы.

Лечение болезней периапикальных тканей в рамках неотложной помощи на экстренном приёме по острой боли включает в себя:

1. обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств для местной анестезии. (редко)
2. проводят эндодонтическое лечение (создание доступа к полости зуба и раскрытие полости зуба, изоляция рабочего поля; создание прямолинейного доступа к корневым каналам; прохождение корневых каналов или их распломбировка; определение рабочей длины корневых каналов; обработка корневых каналов

(механическая и медикаментозная)) с применением для пломбирования корневых каналов материалов для временной obturации с антисептическими противовоспалительными свойствами (пасты на основе кальция); полость зуба закрывают временной пломбой;

при *продолжительной экссудации* из корневого канала зуб для создания оттока оставляют *открытым* на 24–48 часов с последующим пломбированием корневых каналов материалами для временной obturации с антисептическими и противовоспалительными свойствами;

при сохранении клинических симптомов и (или) сохранении незначительной экссудации из корневого канала проводят повторное пломбирование корневых каналов материалами для временной obturации с антисептическими и противовоспалительными свойствами;

3. Назначение общей антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия (при отсутствии противопоказаний), противовоспалительной терапии (НПВС), противоотёчной терапии (антигистаминные препараты).

На плановом повторном приеме проводят пломбирование корневых каналов материалами для постоянной obturации; рентгенологический контроль; пломбирование полости зуба с применением стеклоиономерных цементов;

При некупируемом болевом синдроме и недостаточном оттоке экссудата по корневному каналу, или безперспективной рентгенологической картине (обширный очаг поражения костной ткани, подозрение на радикулярную кисту), или подвижности зуба 3-4 степени – *хирургическое лечение* апикального периодонтита (проводится врачом-стоматологом-хирургом): периостотомия и компактостеотомия наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка в области корня зуба; операция резекции верхушки корня, гемисекция, ампутация корня или удаление зуба.

Задания для самостоятельной работы студентов: ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1.

Пациентка М., 36 лет, обратилась за помощью к стоматологу-терапевту, предъявляя следующие жалобы: ночная, самопроизвольная боль в з. 3.6, а также боль, длительно не

проходящая после прекращения действия термических раздражителей (холода) в течение суток. При интраоральном осмотре: в зубе 3.6 на дистальной поверхности глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну в одной точке, термопроба положительная длительная, перкуссия безболезненная, изменений в области переходной складки не обнаружено. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Какие ещё методы диагностики необходимы для постановки диагноза? Диагноз? Алгоритм оказания помощи пациентке в первое посещение?

Ситуационная задача № 2.

Пациент С., 68 лет, обратился за помощью к стоматологу-терапевту, предъявляя следующие жалобы: боль, припухлость подглазничной области справа, ноющая боль, боль при накусывании в зубе 1.3 в течение трёх дней. При осмотре: отёк, боль при пальпации подглазничной области справа, симптом флюктуации отрицательный. В з. 1.3 на окклюзионной поверхности пломба, перкуссия резко положительная, переходная складка в области корня з. 1.3 отёчна, сглажена, болезненная при пальпации. 1-я степень подвижности зуба 1.3. На Rh: в области верхушки корня з. 1.3 очаг деструкции костной ткани 4 мм. с чёткими контурами. Назовите диагноз. Определите тактику лечения в первичное и последующие посещения.

Литература:

1. Эндодонтия: учеб. пособие / Базикян, Эрнест Арамович, Волчкова, Людмила Васильевна, Лукина, Галина Ильхамовна [и др.]; под общ. ред. Э. А. Базикяна. – Москва: Гэотар-Медиа, 2023. – 153 с.
2. Харгривз, Кеннет М. Эндодонтия / Харгривз, Кеннет М., Берман, Луис Г.; веб- И. Ротштейн; науч. ред. пер. А. В. Митронин. - Москва: ГэотарМедиа, 2022. - 1030 с.
3. Терапевтическая стоматология: учебник / О. О. Янушевич, Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 768 с.

4. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с.

5. Васильев, В. И. Терапевтическая стоматология: учебное пособие для вузов / В. И. Васильев. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 448 с.