ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра стоматологии

Курсовая работа

По Современные методы обтурации корневых каналов

Название дисциплины

«Пульпит. Классификации пульпита. Биологический метод лечения пульпита.»

Тема работы

Выполнил: студентка 13лс1 группы 5 курса

Кашкина А. А.

Проверил: к.м.н., доцент кафедры "Стоматология"

Емелина Г.В.

Оценка_____ *Подпись преподавателя*_____

Пенза - 2017

Содержание

Введение……...3

Пульпит. Этиология……6

Классификация пульпита……7

Методы лечения пульпита……..9

Показания и противопоказания к биологическому методу лечения пульпита…….11

Этапы биологического метода лечения……...19

Заключение список литературы……...20

Введение

Биологический метод лечения пульпита направлен на оздоровление пульпы с восстановлением ее основных функций: защитной, пластической, трофической. Лечение воспаленной пульпы необходимо для сохранения полноценной структуры твердых тканей зуба, их защитных свойств и предупреждения развития верхушечного периодонтита

Теоретическим обоснованием биологического метода лечения пульпита являются современные разработки по физиологии и морфологии пульпы, доказавшие ее высокую жизнеспособность, реактивную способность и пластическую функцию. Высокую жизнеспособность пульпы обеспечивают: 1) дополнительные источники питания зуба - анастомозы, соустья, кольцевая система кровообращения в коронковой пульпе;

2) рыхлая соединительная ткань, окружающая сосуды возле апикального отверстия, что исключает возможность сдавливания их при воспалении;

3) обильная капиллярная сеть коронковой пульпы;

4) клетки ретикуло-эндотелиальной системы и гиалуроновая кислота, являющиеся важным фактором защиты структурных образований пульпы от вредных воздействий;

5) стабильность ферментно-ингибиторной системы.

Пульпит. Этиология.

Воспалительный процесс в пульпе - пульпит (pulpitis) - является результатом реакции тканей на различные раздражители. Пульпа зубов молодых людей с хорошо выраженными обменными процессами и защитными свойствами реагирует острым течением воспалительного процесса. При неблагоприятных условиях иногда даже слабые раздражители могут вызвать воспаления пульпы с вялым хроническим течением. В связи с этим при выборе метода лечения необходимо учитывать и возраст, и общее состояние организма больного (перенесенные и сопутствующие заболевания).

Причиной возникновения пульпита чаще всего является биологические агенты (микробы и их токсины), попадающие в пульпу из кариозной полости зуба через дентинные трубочки с кровотоком и лимфотоком при острых инфекционных заболеваниях и воспалительных процессах в окружающих зуб тканях через отверстие верхушки корня. Начало воспаления связано с инфицированием поверхностных участков пульпы, прилежащих к кариозной полости, в дальнейшем микробы попадают и в корневую пульпу. [3,6]

К воспалению пульпы может привести травма: механическая, физическая химическая.

Механическая травма часто возникает в результате удара, нередко при этом происходит обнажение пульпы или нарушение ее трофики в результате повреждения сосудисто-нервного пучка в области периодонта. Интенсивное стирание режущего края или жевательной поверхности коронки зуба может сопровождаться вскрытием полости зуба.

Термическое повреждение может иметь место при неосторожном препарировании кариозной полости, а также при несоблюдении режима препарирования с целью изготовления искусственной коронки.

К химическим факторам, которые могут вызвать воспалительный процесс в пульпе, относятся воздействия некоторыми лекарственными веществами (спирт, эфир и д. р), которыми врач обрабатывает кариозную полость. [4,11]

Отсутствие или небрежное наложение изолирующей, а при глубоком кариесе - лечебной прокладки, использование тимола в качестве добавки к прокладочному материалу также может привести к пульпиту.

На переходе пульпы от нормального состояния к пульпиту условно можно различить три стадии: функциональных изменений, морфологических изменений и собственно воспаления.

На стадии функционально-химических изменений в компонентах пульпы наблюдается сдвиги, выявляемые с помощью биохимических и гистохимических методик. В частности, происходит снижение активности дыхательных ферментов, повышение активности кислой фосфатазы.

Стадия выраженных морфологических изменений характеризуется выраженной качественной перестройкой всех компонентов пульпы, заключающейся в изменении протеинообразования, транскапиллярного обмена, фагоцитоза, энергетического потенциала клеток пульпы. Количественная перестройка связана с увеличением числа макрофагов. плазмоцитов, нейтрофильных гранулотоцитов.

К факторам, оказывающим влияния на защитную функцию пульпы, относятся возраст, наследственность, полноценность питания, перенесенные и сопутствующие заболевания, гормональная активность, сенсибилизация, состояние тканей пародонта, интенсивность развития кариеса, степень функциональной жевательной нагрузки. Если раздражающие факторы не будут устранены или пульпа не справиться с действием повреждающего агента, процесс переходит в 3-ю стадию - собственно воспаления.

Классификация пульпита

Классификация пульпита **(Платонов Е.Е., 1968 г., МГМСУ):**

Острый (очаговый, диффузный).

Хронический (фиброзный, гангренозный, гипертрофический).

Обострение хронического пульпита.

Международная классификация заболеваний пульпы на основе МКБ-10:

К04.0 Пульпит

К04.00 Начальный (гиперемия)

К04.01 Острый

К04.02 Гнойный (пульпарный абсцесс)

К04.03 Хронический

К04.04 Хронический язвенный

К04.05 Хронический гиперпластический (полип)

К04.1 Некроз пульпы. Гангрена пульпы

К04.2 Дегенерация пульпы. Дентикли. Пульпарные кальцификации, камни

К04.3 Неправильное формирование твёрдых тканей в пульпе [1,10,18]

Методы лечения пульпита

Детальное изучение биологии ткани пульпы на протяжении многих десятилетий позволило установить значительные ее репаративные и пластические возможности. Они легли в основу патогенетической терапии пульпита. Вместе с тем, успех в лечении и завершении воспалительного процесса в пульпе зависит от состояния многих других факторов. Наиболее важными из них являются: общее состояние организма, возраст больного, локализация и развитие кариозного процесса, вирулентность микроорганизмов кариозной полости, пути проникновения инфекции в пульпу, характер течения, продолжительность и форма воспаления, топографо-анатомические особенности полости зуба и корневых каналов, состояние периодонта, сопутствующие заболевания в пародонте и другие, что необходимо учитывать при выборе метода лечения пульпита. Тщательный анализ и сопоставление этих данных позволят не допустить ошибок при индивидуальном выборе метода лечения.

В настоящее время в терапии пульпита сложилось два направления, два подхода - биологический и хирургический.

При биологическом подходе усилия врача направлены на полную ликвидацию воспалительного процесса в пульпе и восстановление ее функции. Хирургическое лечение сводится к частичному или полному ее удалению.

Показаниями к применению того или другого метода лечения пульпита служат субъективные данные, результаты объективного обследования, электродиагностики и рентгенографии, позволяющие врачу определиться в диагнозе пульпита и выборе метода лечения. [2]

На начальных стадиях воспаления в пульпе лечебная тактика врача состоит из комплекса терапевтических вмешательств, обеспечивающих

быструю и полную ликвидацию воспалительного процесса с применением лекарственных препаратов, рекомендуемых при биологическом методе.

На более поздних стадиях в зависимости от характера поражения и степени развития воспалительного процесса - частичного или тотального поражения пульпы необходимо установить диагноз пульпита и определить объем оперативного вмешательства, используя пульпотомию или пульпэктомию, предварительно определив метод обезболивания: анестезию (витальный метод) или девитализацию (мышьяковистые препараты или мумифицирующие средства) (**схема 1).** В последнем случае эффективность лечения и сохранение функции пульпы зависят от состояния культи.

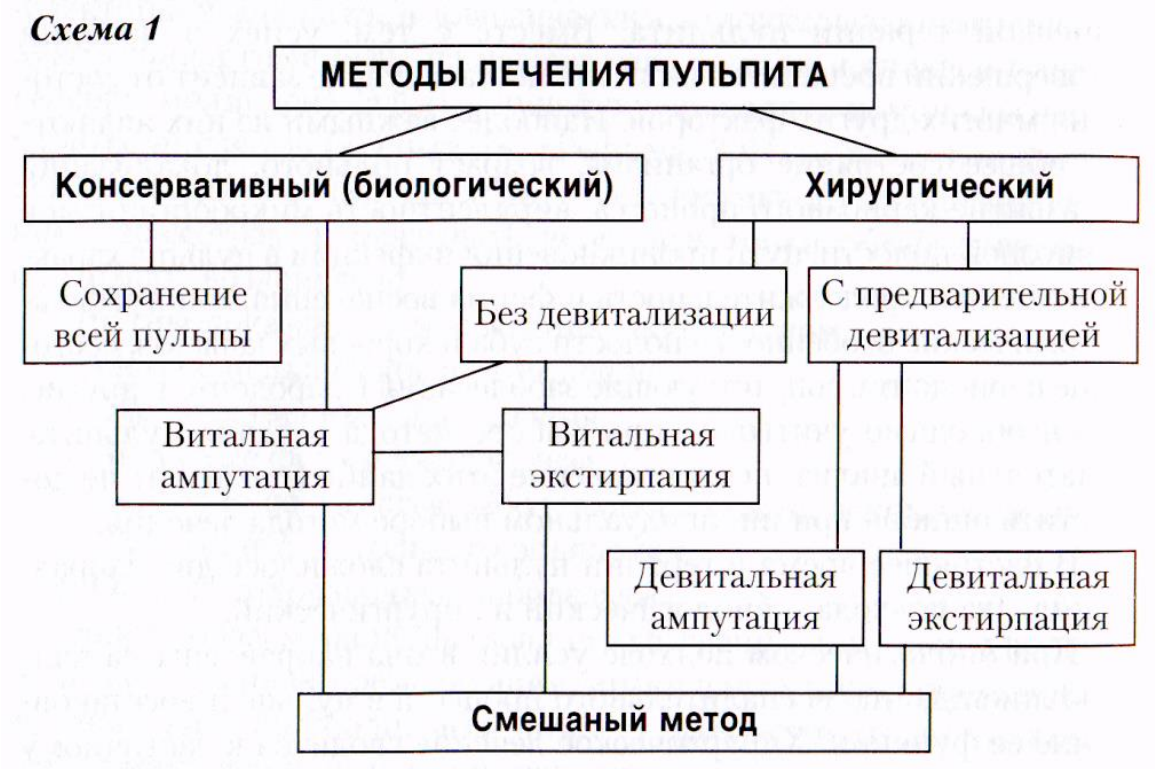


Схема 1 [20]

Показания и противопоказания к биологическому методу.

Условия, обеспечивающие выполнение биологического метода лечения пульпы:

1. Диагностика;

2. Обезболивание;

3. Стерильность инструментов, лекарственных средств и операционного поля;

4. Правильный выбор лекарственных средств и пломбировочных материалов.

Биологический метод лечения пульпита — это метод, направленный на полное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии. [8,16]

Показания.

Лечению консервативным методом подлежат начальные стадии острого пульпита: гиперемия пульпы, острый ограниченный пульпит, случайное обнажение пульпы, хронический фиброзный пульпит без клинических и рентгенологических признаков периодонтита.

Метод используется с учетом следующих показателей:

- возраст больных до 30 лет,

- отсутствие заболеваний внутренних органов и систем,

- отсутствие изменений в периодонте (клинических и рентгенологических), изменений в пародонте,

-при незначительной продолжительности воспалительного процесса (до 3 сут)

- при расположении кариозной полости в пределах анатомической коронки зубов.

Противопоказания

Противопоказаниями к применению метода являются :

- выраженная реакция со стороны периодонта,

- снижение порога электровозбудимости пульпы ниже 40 мкА,

- рентгенографические изменения в периапикальных тканях и пародонте. [5,12,17]

Не целесообразно лечить биологическим методом зубы, которые используются как опорные под мостовидные конструкции протезов, воспаление пульпы у больных с клиническими проявлениями хронической одонтогенной интоксикации, пульпит у лиц в возрасте старше 45-50 лет, а также наличие кариозной полости в области шейки зуба или в области корня зуба.

Этапы биологического метода лечения

Лечение осуществляется в одно или два посещения.

1. Обезболивание.

2. Механическая обработка кариозной полости с соблюдением всех принципов и этапов препарирования. Полость максимально чисто препарируется острыми шаровидными борами, которые меняются по мере приближения к пульпе. Этот этан не должен быть травматичным для пульпы и приводить к ее дополнительному инфицированию.

3. Медикаментозная обработка теплыми нераздражающими антисептиками низких концентраций, ферментами, анестетиками.

Целесообразно использовать следующие препараты: 0,1 — 10% раствор димексида; 0,06—0,3% раствор хлоргексидина; 1% раствор йодинола; 0,02% раствор фурацилина; 0,5% раствор новокаина; растворы ферментов (трипсина, лизоцима, химопсина, иммозимазы).

4. Обезжиривание и обезвоживание кариозной полости.

Высушивание проводится стерильными ватными тампонами или слабой струей теплого воздуха. Спирт и эфир для этих целей не применяют из-за их раздражающего действия. Целесообразно использовать препараты , которые обладают бактериостатическим, противовоспалительным, анестезирующим, обезжиривающим и обезвоживающим действиями. [13]

5. Наложение лечебной прокладки и постановка пломбы.

Лечебная прокладка накладывается тонким слоем (0,5 мм) на дно кариозной полости. Ставятся прокладка из фосфат-цемента или стеклоиономерного цемента до дентиноэмалевой границы и затем — постоянная пломба. С давних времен в практике терапевтической

стоматологии использовались и используются сульфаниламидные препараты.

Применение антибиотиков и сульфаниламидов при данном методе лечения в последнее время считают нежелательным, так как, во-первых, необходимо определять чувствительность микроорганизмов к этим препаратам, что не всегда возможно, во-вторых, на фоне антибиотиков воспаление в пульпе может не ликвидироваться, а перейти в хроническое бессимптомное течение (пульпит), а затем и в периодонтит. В-третьих, антибиотики в пастах могут привести к появлению антибиотикоустойчивых штаммов бактерий L-форм. В-четвертых, возможна сенсибилизация организма. В-пятых, антибиотики влияют на реактивность организма, снижая ее. При их местном применении для лечения пульпита снижается фагоцитарная активность клеток пульпы и замедляется процесс дентинообразования.

Для быстрого снятия воспаления в пульпе используют глюкокортикоиды, которые можно оставлять в кариозной полости на 1—3 суток под повязку. Оказывая выраженное противоотечное, противовоспалительное, десенсибилизирующее действия на пульпу, эти препараты могут снижать ее реактивность и замедлять процессы дентиногенеза, поэтому в дальнейшем необходимо применять одонтотропные средства. [9,19]

Большинство клиницистов отдают предпочтение препаратам на основе гидроокиси кальция, применение которых способствует образованию заместительного дентина и дентинного мостика.

Недостатки этих препаратов:

а) высокая pH (до 12) в некоторых случаях может привести к некрозу пульпы;

б) в пульпе возможна кальцификация, образование дентиклей и петрификатов, что приведет к облитерации полости зуба.

Эти пасты делятся на самоотверждаемые (химически отверждаемые) и светоотверждаемые и используются для прямого и непрямого покрытия воспаленной пульпы (табл. 1, 2). [7,14]

Таблица 1. Светоотверждаемые кальцийсодержащие материалы для покрытия пульпы зуба

Название материала	*Фирма-производитель*	*Характеристика*	*Методика применения*
Кальцесил LC	«ВладМиВа» (Россия)	На основе гидроокиси кальция. Выпускается во флаконах по 6 г	Используется для непрямого покрытия пульпы, вносится на дно полости толщиной 1мм и полимеризуется 20 с
Calcimol LC	«VOCO» (Германия)	На основе 5% раствора гидроокиси кальция пролонгированного действия. Выпускается в тубах по 5 г	В полость вносится материал толщиной 1мм, полимеризуется 30 с. Используется для непрямого покрытия
Septocal LC	«Septodont» (Франция)	На основе гидрокси-апатита кальция с фтором. Выпускается в шприцах по 10 г	Наносится на дно кариозной полости для непрямого покрытия, светополимеризация 10 с

Ultra-Blend	«Ultra-dent» (США)	На основе гидроокиси кальция, гидрокси-апатита кальция и стеклоиономерного цемента. Выпускается в шприцах по 10 г	Выдавливается непосред-ственно на рог пульпы или дно кариозной полости и полимеризуется 20 с
Lica	«Dentamerica» (США)	На основе гидроокиси кальция. Выпускается в шприцах по 10 г	Используется для непрямого покрытия пульпы слоем до 2 мм, светополимеризация 30 с

Таблица 2. Кальцийсодержащие материалы химического отверждения для прямого и непрямого покрытия пульпы

Название материала	*Фирма производитель*	*Характеристика*	*Методика применения*
Calcimol	«VOCO» (Германия)	На основе 26% раствора Ca(OH)2 система «паста-паста»	Равные объемы пасты и катализатора смешиваются 10 с и используются для непрямого покрытия пульпы. Время затвердевания - 45 с
Calcium Hydroxide	«Degussa» (Германия)	На основе гидроокиси кальция основная паста и катализатор	Равные объемы смешиваются на бумажном блоке 10-15 с. Прямое и непрямое покрытие пульпы.

			Время затвердевания - 40 с
Alkaliner MiniTip	«ESPE» «3M» (Германия)	На основе гидроксида кальция в картридже MiniTip основная паста и катализатор	Равные по длине выдавленные отрезки паст смешивают 10 с, вносят в полость. Время затвердевания - 50 с
Septocalcine Ultra	«Septodont» (Франция)	Основная и катализирующая пасты в тюбиках	Равные количества паст смешивают на бумажном блоке 10 с, вносят на проекцию рога пульпы. Время затвердевания - 40 с
Life	«Kerr» (США)	Материал на основе гидроксида кальция в 2 тюбиках (базис и катализатор)	Равные количества паст смешивают на бумажной пластинке 10 с, сразу же вносят в кариозную полость для непрямого покрытия пульпы. Время затвердевания - 30 с
Dycal	«Dentsplay» (США)	На основе гидроксида кальция и бутиленгликоль дисплицилата 2 тюбика	Смешивать равные количества 10 с до получения однородного цвета, внести в полость для непрямого покрытия пульпы. Время затвердевания - 45 с

Пасты, содержащие эвгенол, также обладают одонтотропным и противовоспалительным действиями.

Эвгенол-содержащие пасты: биодент; цинк-эвгеноловая паста (не рекомендуется для прямого покрытия пульпы); Cavitec (фирма Кегг); Eugespad (фирма SPAD).

Их недостатками являются следующие моменты:

• они не адаптированы к современным композитным материалам, поэтому при работе с этими лечебными прокладками необходимо избегать попадания их на стенки кариозной полости и тщательно изолировать их от постоянной пломбы индифферентными изолирующими прокладками:

• возможна аллергическая реакция со стороны пульпы на эвгенол. Возможно применение и других лечебных паст, которые готовятся ex tempore, и иных лекарственных средств. [7]

Можно использовать пасты собственного изготовления:

• порошок гидроксиапатита, замешанный на масляной основе (эвгеноле, масляном растворе витамина А, персиковом масле и др.); порошок кальмецина, замешанный на 10— 20% растворе димексида; при этом снижается pH кальмецина и димексид оказывает выраженное противовоспалительное действие;

• лизоцим-витаминная паста (в масляный раствор витамина А добавляется несколько кристаллов лизоцима и окись цинка до консистенции пасты);

• простерилизованная костная мука и официнальная гепариновая мазь в соотношении 10:1.

• пористый препарат «Альгипор», состоящий из 96% смешанных натриевой и кальциевой солей альгиновой кислоты и 4% фурацилина. [5,9]

Некоторые лечебные прокладки иностранных фирм являются лечебно-изолирующими и не требуют наложения на них изолирующих прокладок (например, Dycal фирмы Dentsply).

При лечении пульпита биологическим методом наряду с лекарственными препаратами применяют и физические методы воздействия на пульпу. Излучение гелиево-неонового лазера обладает выраженным противовоспалительным, противоотёчным, десенсибилизирующим, обезболивающим действиями. Воздействовать на воспаленную пульпу можно через кариозную полость или шейку зуба через световод аппарата УФЛ-1 при плотности мощности 100 — 150 мВт/см2 в течение 40—60 с. Курс — 1—3 процедуры.

Применяют также низкочастотный ультразвук (24,5—28,5 кГц) для интенсивной очистки зубных тканей от некротического дентина, для фонофореза лекарственных веществ в ткани зуба, стимуляции репаративных процессов в пульпе с помощью волновода-штопфера. После препарирования полость обрабатывается ультразвуком через 0,02% раствор фурацилина. Под воздействием ультразвука в течение 30 с лечебная композиция превращается в конгломерат, прочно связанный с тканями зуба. На него накладывают постоянную пломбу. В настоящее время устоялась тенденция к лечению пульпита биологическим методом в одно посещение, что исключает дополнительное травмирование пульпы во второе посещение после снятия временной повязки.

В каждом отдельном случае у врача должен быть индивидуальный подход к выбору метода лечения и количества посещений. Следует учитывать, что здоровая пульпа является надежным биологическим барьером

от проникновения микроорганизмов в ткани периодонта. Все пациенты, у которых был применен биологический метод лечения пульпита, должны быть поставлены на диспансерный учет с целью профилактики бессимптомного развития верхушечного периодонтита. ЭОД проводится через 1, 6, 12 месяцев. За этот срок показатели ЭОД должны восстановиться до 2—12 мкА. При подозрении на гибель пульпы зуб подлежит эндодонтическому лечению. [15]

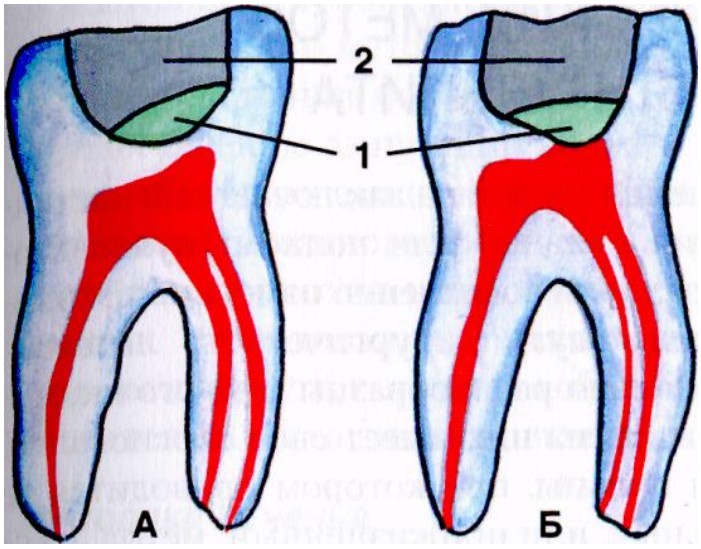


Рис. 1. Биологический метод лечения пульпита.

А - схема непрямого покрытия пульпы лечебной пастой; Б - схема прямого покрытия пульпы лечебной пастой. 1 - лечебная паста из гидроокиси кальция; 2 - пломба (временная или постоянная) [20]

Заключение

Теоретическим обоснованием применения методики биологического метода лечения пульпита являются научные разработки, которые доказали, что пульпа обладает высокой жизнеспособностью благодаря системе кровообращения и гиалуроновой кислоте, входящей в состав основного вещества.

Методика предполагает, что пульпа остается живой и не подлежит удалению. Это важно для дальнейшего функционирования зуба, поскольку при отсутствии нерва он становится более хрупким. Кроме того, есть и еще одна причина повышенной хрупкости ткани: удаление пульпы предполагает, что также будут удалены и твердые ткани в довольно большом объеме (в том числе и здоровые).

Список литературы

1. Бажанов Н.Н. Стоматология 21 век: учебник для вузов. М. ГЭОТАР-МЕД,2012.- С.304.
2. Базикян Э.А Пропедевтическая стоматология: учебник для медицинских вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа,2010.- С.768.
3. Боровский Е.В. «Терапевтическая стоматология», Учебник, М: ООО «Медицинское информационное агентство» ТОО «Техлит», 2011. – С. 544
4. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина,2011. –С.140
5. Боровский Е.В., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. с соавт. «Терапевтическая стоматология», М., Медицина,2013. –С. 310
6. Вагнер В.Д. Пособие по стоматологии. М.:Мед.книга; Н.Новгород:НГМА.,2012. - С.243.
7. Дмитриева Л.А, Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство.М. ГЭОТАР-МЕД, 2014. -С.640.
8. Килафян О. А. Терапевтическая стоматология. Ростов н/Д., 2010.- С.542.
9. Леус П.А. Заболевания зубов и полости рта. М.:Медицина, 2014.-С.632.
10. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология.- М., 2016.- С. 754
11. Николаев А.И. ,Цепов Л.М.. Практическая терапевтическая стоматология. М.:МЕДпресс-информ,2012.-С.616.
12. Пожарицкая М.М., Симакова Т.Г. Пропедевтическая стоматология. –М., «Медицина», 2011. – С. 301
13. Рыбаков А. И., Иванов В. С., Клиника терапевтической стоматологии, М., 2015. – С. 511
14. Скорикова Л.А., Волков В.А. Пропедевтика стоматологических заболеваний. М.:Медицина,2015.- С.189.

15. Хафизов Р.Г. Современные этиологические, диагностические и лечебные аспекты пульпита / Р.Г. Хафизов, Ф.А. Хафизова, Д.А. Азизова, Д.И. Шайхутдинова – Казань: Казан. ун-т, 2015. –С. 74
16. Хельвиг Е. Терапевтическая стоматология. Переиздано Москва, ГалДент,2014 .- С..428.
17. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология. М.:Медицина,2013.- С.434.
18. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970436691.html?SSr=110133c9ca17544558e2521hanjesoo
19. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970436196.html?SSr=110133c9ca17544558e2521hanjesoo
20. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970435571.html?SSr=110133c9ca17544558e2521hanjesoo