

**Ból** pochodzenia endodontycznego stanowi dolegliwość najczęściej zgłaszaną przez pacjentów trafiających do każdego gabinetu stomatologicznego. Najważniejszymi przyczynami bólu są ubytki próchnicowe, w tym próchnica wtórna (88%), a następnie złamanie guzków, nadwrażliwość szyjek zębowych oraz zgryz urazowy. Ból pochodzenia endodontycznego często prowadzi do problemów organizacyjnych w gabinecie, ponieważ tacy pacjenci wymagają jak najszybszej pomocy i uśmierzenia dolegliwości bólowych. Jeśli nie uda się znieść bólu, pacjent często negatywnie ocenia umiejętności zawodowe lekarza dentystry! Jedną z najczęstszych przyczyn, dla których pacjenci zmieniają lekarza, jest brak umiejętności szybkiego i skutecznego znoszenia bólu pochodzenia endodontycznego.

Leczenie bólu musi zawsze być poprzedzone ustaleniem **rozpoznania ostatecznego**. Rozpoznanie to musi obejmować rozróżnienie między odwracalnym lub nieodwracalnym zapaleniem miazgi, martwicą oraz innego rodzaju zmianami okółowierzchołkowymi. Ból zęba może nasilać się pod wpływem ciepła, zimna lub spożywania słodkich albo kwaśnych pokarmów i napojów. Ból może być bardzo silny, ale zazwyczaj jest krótkotrwały.

**Odwracalne zapalenie miazgi** charakteryzuje niewielka ilość objawów. Przejście w nieodwracalne zapalenie miazgi może następować niepostrzeżenie, a ustalenie rozpoznania ostatecznego jest często bardzo trudne. W przypadku odwracalnego zapalenia miazgi istniejący proces próchnicowy nie doszedł jeszcze do komory miazgi. U niektórych pacjentów stwierdza się także pęknięte wypełnienie lub obnażoną zębinę.

Ząb może być nadwrażliwy, jednak nie wykazuje reakcji na opukiwanie. Na zdjęciu rentgenowskim często widoczny jest głęboki ubytek próchnicowy lub nieszczelne wypełnienie z próchnicą wtórną. Badanie radiologiczne nie wykazuje zazwyczaj żadnych patologii w okolicy wierzchołka korzenia.

Jeśli rozpoznanie ostateczne to odwracalne zapalenie miazgi, działania lekarza powinny skupiać się na zachowaniu żywotności miazgi i jednocześnie zniesieniu dolegliwości bólowych odczuwanych przez pacjenta.

Podstawowym postępowaniem **terapeutycznym** jest więc całkowite usunięcie starych wypełnień i próchnicowo zmienionej zębiny. **W żadnym wypadku** nie wolno pozostawiać *in situ* tkanek próchnicowych. Tylko takie postępowanie zapewni brak dalszego działania drażniącego na miazgę zęba.

Wszelkie działania należy prowadzić wyjątkowo ostrożnie, aby zapobiec nawrotowi dolegliwości bólowych. Ubytek należy pokryć opatrunkiem na bazie tlenku cynku z eugenolem (ZnOE) o niskiej zawartości eugenolu, niezawierającym żadnych substancji dodatkowych. Można także zastosować

ręcznie mieszany cement szkło-jonomerowy z niewielką ilością płynu. Nie zaleca się wypełniania ubytku wyłącznie materiałem złożonym z zastosowaniem systemu wiążącego na całą powierzchnię, pokrywania systemem wiążącym zębiny ani stosowania cementów fosforanowych.

**Wypełnienie ostateczne** z podkładem z cementu obojętnego biologicznie można założyć nie wcześniej niż po 48 godzinach od ustąpienia bólu.

Bezpośrednie pokrycie miazgi czy też amputacja przyżyciowa są przeciwwskazane u pacjentów z dolegliwościami bólowymi. Takie rozwiązanie, niezależnie od przyczyn, stanowi jedynie środek tymczasowy.

Jeśli ból utrzymuje się albo nasila, jest to objaw **nieodwracalnego zapalenia miazgi**. W takich przypadkach należy całkowicie opracować kanały korzeniowe, a następnie je wypełnić.

#### PREZENTACJA PRZYPADKU

- A. Pacjentka od czterech miesięcy, tzn. od czasu założenia wypełnień z materiału złożonego, odczuwała dolegliwości bólowe w odcinku przednim szczęki. Wypełnienie można było bez trudu podnieść zgłębnikiem, co oczywiście wskazywało na pozostawienie pod nim tkanek próchnicowych. Usunięto całkowicie tkanki zmienione próchnicowo. Ubytki zaopatrzone tymczasowo cementem na bazie tlenku cynku z eugenolem.
- B. Pacjentka nie zgłaszała reakcji bólowej na opukiwanie. Na zdjęciu rentgenowskim widoczne jest nieznaczne poszerzenie szpary ozębnej wokół siekacza bocznego.
- C. Już następnego dnia rano pacjentka zgłosiła się do gabinetu z widocznym obrzękiem okolicy podoczodołowej po stronie prawej. Świadczyło to dobitnie, że pierwotne rozpoznanie – odwracalne zapalenie miazgi – nie było prawidłowe. Nie było zatem możliwości zachowania żywotności leczonych zębów.
- D. Konieczne było nacięcie tkanek. Uzyskano w ten sposób odpłynięcie treści ropnej. W ciągu kolejnych dni pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych.
- E. Dwa dni później opracowano kanały wszystkich trzech zębów. Kanały zaopatrzone za pomocą materiału na bazie wodorotlenku wapnia.
- F. Po trzech tygodniach pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Wypełniono ostatecznie kanały korzeniowe zębów.

